

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA**

**EFFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS MANUALES DE
FORTALECIMIENTO DE SUELO PÉLVICO PARA INCONTINENCIA
URINARIA DE ESFUERZO MÍNIMA EN MUJERES DE 35 A 60 AÑOS
QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN
UROGINECOLÓGICO Y PERINEAL KINÉSANTÉ DE ENERO A
MARZO DEL 2013**

CAROLINA SERRANO GUZMÁN

QUITO, MARZO 2014

RESUMEN

La presente investigación se realizó con una muestra de 9 pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en el Distrito Metropolitano de Quito, en el Centro de Reeducción Uroginecológico y Perineal “KinéSanté” durante los meses de Enero a Abril del 2013, con las pacientes comprendidas entre los 35 a 60 años de edad ya diagnosticadas con una incontinencia urinaria de esfuerzo mínima. Se realizó una encuesta a las pacientes para comenzar el tratamiento únicamente con técnicas manuales y después de aproximadamente 10 – 14 sesiones de la aplicación de las técnicas, se valoró la eficacia con tres preguntas que englobaban aspectos de la vida diaria de la paciente y que mostraban la percepción de la paciente por la disminución o desaparición de los síntomas. Al finalizar el tratamiento, se encontró que más del 65% de las pacientes, mejoraron su calidad de vida al ver disminuidas las pérdidas de orina.

ABSTRACT

This research was conducted with a sample of 9 patients with stress urinary incontinence in the Quito M. D., at the Center for Rehabilitation and Perineal urogynecological "KinéSanté" during the months of January to April 2013, with patients between the 35-60 years of age and diagnosed with minimum stress urinary incontinence. A survey was conducted for patients to begin treatment with only manual techniques and after about 10 to 14 sessions, efficacy was assessed with three questions that encompassed aspects of daily life of the patient showing the perception by the decrease or disappearance of symptoms. After treatment, it was found that over 65% of patients improved their quality of life to see diminished urine losses.

DEDICATORIA

A mis hijitos, Emilio, Martina y Luciana que son la luz de mi vida, mi motor y el motivo por el que todo esfuerzo vale la pena.

A mi esposo Xavier, que nunca dejó de creer en mí y me apoyó incondicionalmente para hacer realidad este sueño.

A mis padres que fueron siempre el mejor ejemplo de lucha, perseverancia y amor. Por ellos estoy ahora donde estoy.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el pilar de mi vida y quien guía mi camino. Por darme fuerzas para seguir siempre adelante.

A mi madre, que nunca dejó de creer en mí y que con mucho esfuerzo y sacrificio, me educó y me inculcó el amor por la profesión que escogí. Por haber tenido siempre palabras de aliento para no rendirme jamás.

A mi esposo, por ser siempre incondicional y apoyarme en todas las decisiones que he tenido que tomar. Porque con su amor y paciencia, supo siempre levantarme de cualquier adversidad.

A mi hermana, gracias por tener siempre palabras de aliento y motivación.

A mis suegros, Maura y Patricio, porque sin su ayuda no hubiera podido culminar mi carrera, porque siempre estuvieron pendientes de mis hijos y de mí.

A mi Directora de tesis, Lic. Gina Rueda, que siempre estuvo presente cuando la necesite. Por haberme abierto las puertas de su consultorio para poder realizar esta investigación y por estar dispuesta a resolver cualquier inquietud.

A mis compañeros y amigos, con quienes compartí los 4 años más importantes de mi formación, y con los que disfrute de momentos inolvidables.

¡MUCHAS GRACIAS!

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I:	
ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Planteamiento Del Problema	2
1.2 Justificación del problema	3
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo General	4
1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
1.4 Metodología	5
1.4.1 Tipo de estudio	5
1.4.2 Población y Muestra	5
1.4.3 Fuentes técnicas e instrumentos.....	6
CAPÍTULO II:	
MARCO TEÓRICO	7
2.1 Marco Conceptual	7
2.2 Marco de Referencia	7
2.3 Marco Teórico	9
2.3.1 Incontinencia Urinaria.....	9
2.3.1.1 Definición	9
2.3.1.2 Epidemiología De La Incontinencia Urinaria.....	10
2.3.1.3 Tipos De Incontinencia Urinaria	11
Incontinencia Urinaria De Esfuerzo (IUE).....	11
Incontinencia Urinaria	13
2.3.2 Bases Anatómicas Y Fisiológicas	13
2.3.2.1 Vejiga.....	13
2.3.2.2 Uretra.....	15
2.3.2.3 Musculatura Del Suelo Pélvico	16
2.3.2.4 Funciones Del Diafragma Pélvico	19
2.3.2.5 Medios De Fijación Vejiga.....	20
2.3.2.6 Inervación	21
2.3.3 Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria	24

2.3.3.1 Equilibrio Vesico Esfinteriano	24
2.3.3.2 Mecanismo De La Incontinencia Urinaria De Esfuerzo.....	26
2.3.4 Evaluación y Exploraciones Funcionales	27
2.3.4.1 Exámen Físico	28
2.3.4.2 Exámenes complementarios	31
2.3.5 Técnicas de Fisioterapia en la Reeducción del Periné	32
2.3.5.1 Información	33
2.3.5.2 Toma De Conciencia.....	35
2.3.5.3 Tratamiento Manual	37
2.3.5.4 Aprendizaje De La Contracción Del Suelo Pélvico	38
2.3.5.5 Tratamiento En El Domicilio	40
2.3.5.6 Otros Métodos De Reforzamiento Muscular	46
2.3.6 Indicaciones del Tratamiento de Fisioterapia	48
2.3.7 Hipótesis	49
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50
CAPITULO III:	
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	52
3.1 Resultados	52
3.2 Conclusiones.....	71
3.3 Recomendaciones.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74
ANEXOS.....	82
ANEXO 1	82
ANEXO 2	86
ANEXO 3.....	88
ANEXO 4.....	89

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Mecanismo de resistencia uretral	12
Ilustración 2. Anatomía de la vejiga	14
Ilustración 3. Músculos superficiales del suelo pélvico	19
Ilustración 4. Ciclo neurológico de la micción	23
Ilustración 5. Pelvis y espalda en movimiento.....	41
Ilustración 6. Sentarse activamente: tierra y luz.....	42
Ilustración 7. Zona inferior del suelo pélvico	43
Ilustración 8. Zona central del suelo pélvico	44
Ilustración 9. Zona interior del suelo pélvico	44
Ilustración 10. Un suelo pélvico activo	45
Ilustración 11. Conos Vaginales	47

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 : Edad de las pacientes que presentan la sintomatología	52
Gráfico 2: Porcentaje de embarazos en las pacientes	54
Gráfico 3: Porcentaje de partos vaginales en las pacientes.....	55
Gráfico 4: Porcentaje de partos por cesárea.....	56
Gráfico 5: Pacientes con IUE pura (al toser, estornudar o reír).....	57
Gráfico 6: IU durante la actividad sexual	58
Gráfico 7: Utilización de Ropa interior absorbente	60
Gráfico 8: Afectación de la calidad de vida	62
Gráfico 9: Sentimiento de Inseguridad y Frustración al presentar IU	64
Gráfico 10: Pérdida de orina al finalizar el tratamiento.....	66
Gráfico 11: Relación entre AVD e IUE	67
Gráfico 12: Sentimiento de seguridad de la paciente al finalizar el tratamiento.....	68
Gráfico 13: Comparación de resultados de evaluación de la Escala modificada de Oxford antes del tratamiento y después del tratamiento fisioterapéutico.....	69

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo, no ha sido tomada en cuenta sino hasta hace poco como un problema de salud pública y que engloba, no solamente, aspectos fisiológicos sino también biopsicosociales. Las mujeres que la padecen, buscan ayuda cuando los síntomas son notorios e interfieren en el desempeño normal de sus actividades diarias, generalmente cuando el único tratamiento posible es el quirúrgico.

Muchas son las causas que interfieren en la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero en el siguiente estudio se analizarán las que se asocian al embarazo y al parto, poniendo de manifiesto que la incontinencia urinaria de esfuerzo se puede evitar mediante programas de prevención que buscan la toma conciencia de la anatomía pélvica para poder fortalecerla y evitar futuras molestias.

En el siguiente estudio se hablara de la anatomía del suelo pélvico, la fisiopatología de la incontinencia urinaria, las opciones de tratamiento y específicamente de la terapia manual al ser orientada sistemáticamente al comienzo de la reeducación como una técnica contra resistencia efectuada por el fisioterapeuta sobre los músculos elevadores del ano, pubococcígeo y puborrectal.

La terapia manual al ser considerada un tratamiento conservador es tomada en cuenta como primera elección para tratar este tipo de sintomatología, evitándose así la intervención quirúrgica.

La terapia física, pone a disposición de quienes padecen esta patología opciones de prevención y tratamiento para la debilidad de la musculatura de suelo pélvico. Los resultados obtenidos no solo favorecen a la paciente en cuanto a la disminución de los síntomas sino que incluso mejoran su calidad de vida de manera significativa, es así que en este estudio se obtuvo una disminución de los síntomas en 67% de las pacientes, el 78% evidencio mejoría en cuanto a la realización de las AVD y se sintieron más seguras al finalizar el tratamiento.

CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento Del Problema

La Incontinencia Urinaria (IU) es un problema frecuente que afecta a un alto porcentaje de mujeres. Según un estudio el 28,7% de las mujeres entre 45-74 años han sufrido pérdidas involuntarias de orina puntuales y/o continuadas en los últimos 3 meses. La prevalencia de esta afección aumenta con la edad. (Pons, 2010)

En los casos más severos, provoca un grave deterioro de la calidad de vida, imponiendo serias limitaciones en la actividad social, laboral y sexual de quien la padece.

En la mujer se distinguen dos tipos de incontinencia: la IUE (producida como consecuencia de un esfuerzo físico como correr, saltar o reír), que se trata fundamentalmente con fisioterapia, ejercicios del suelo pélvico o cirugía, y la IUU (o vejiga hiperactiva) que se trata principalmente con fármacos o fisioterapia. Entre ellas, la más frecuente es la de esfuerzo, llegando a suponer el 60% de los casos de incontinencia.

Las principales causas de este tipo de incontinencia, son el embarazo y el parto, que a pesar de ser procesos fisiológicos normales en la mujer, causan un desequilibrio considerable en la anatomía normal de estas.

Según una revisión que incluyó 36 estudios de la población en general incluida en la 4th International Consultation on Incontinence, la mayoría de los estudios informan una prevalencia de "cualquier" IU en el rango del 25% al 45%; esta estimación proviene de estudios en los cuales los síntomas de la IU se informaron como "constantes", "alguno" o "por lo menos una vez en los últimos 12 meses". La IU puede ser un trastorno debilitante con un gran impacto negativo sobre la calidad de vida. (Roselien Herderschee, 2010)

El impacto que tiene esta patología es notable; la OMS en el informe de la salud en el mundo del año 1998, la reconoce como un problema de salud con alto y generalizado impacto social, y a pesar de que los porcentajes de personas que lo padecen son muy altos, apenas el 10% consulta a su médico por la sintomatología.

En 2004, un estudio estadounidense (realizado por la National Association for Continence) afirmaba que, después de comenzar a sufrir problemas de control urinario, las mujeres esperan 6,5 años y los hombres 4,2 años antes de acudir a un médico. (Denis, 2004)

En la Biblioteca Cochrane Plus, se menciona que:

Los ejercicios pueden ayudar a fortalecer los músculos, mejorar la resistencia muscular (por lo que los músculos se cansan con menos facilidad) y mejorar la coordinación (de manera que el músculo se contrae con más fuerza cuando el riesgo de pérdida es mayor, p.ej. al toser o estornudar). La contracción de los músculos correctos y la realización de ejercicios suficientes son importantes para que el tratamiento sea exitoso. La retroalimentación o biorretroalimentación se utiliza como una forma de enseñarles a las mujeres a contraer los músculos correctos, a aprender cuándo y cómo contraer el músculo para prevenir la pérdida, a evaluar si la contracción muscular mejora con el transcurso del tiempo, y pueden utilizarse como un "entrenador" para el ejercicio repetitivo. (Roselien Herderschee, 2010)

1.2 Justificación del problema

El motivo por el que se escogió este tema, es justamente por la poca importancia que le da la mujer al suelo pélvico incluso antes del embarazo, viéndose los resultados después del parto y ya en edades premenopáusicas. La incontinencia urinaria de esfuerzo, constituye, como ya se ha mencionado, un problema de salud pública, con implicaciones no solo físicas, sino también psicológicas y sociales. La calidad de vida de una mujer que padece esta patología, que en la mayoría de casos no es grave pero sí incómoda, se ve deteriorada significativamente, llegando incluso a estados de depresión y aislamiento.

La mayoría de las mujeres no buscan atención médica por esta enfermedad. Se estima que sólo una de cada cuatro mujeres buscará asesoramiento médico, y básicamente se debe a la vergüenza, el acceso limitado a la atención médica, o la poca apertura que tienen los servidores de salud en este tema. La incontinencia urinaria puede afectar significativamente la calidad de vida, llevando a perturbación de las relaciones sociales, los trastornos psicológicos de la vergüenza y la frustración, hospitalizaciones por lesiones de la piel e infecciones de vías urinarias. La IUE puede afectar las relaciones

íntimas y puede limitar la interacción sexual. Una anciana incontinente tiene 2,5 veces más probabilidades de ser ingresada en un hospital que una paciente continente.

La terapia física forma parte importante de la rehabilitación de pacientes con este problema, es por esto que se eligió darle un enfoque diferente a la investigación, basado en la efectividad de las técnicas manuales que se utilizan para la reeducación del periné y cómo éstas influyen en la calidad de vida de las mujeres que la padecen.

La IUE mínima, se refiere a pacientes que presentan fugas poco importantes, ante esfuerzos significativos (toser, esfuerzo deportivo violento). Si usan protectores, lo hacen como precaución más que por necesidad. La evaluación se la realiza únicamente con la anamnesis y la evaluación clínica. Por lo tanto, estas son pacientes que pueden evitar el agravamiento de los síntomas y evitar los procedimientos quirúrgicos, esto a través de los ejercicios de Kegel y fortalecimiento contra resistencia, consideradas técnicas manuales.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Determinar la efectividad de las técnicas manuales para el fortalecimiento de suelo pélvico en las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo mínima en el Centro de Reeducción Uroginecológico y Perineal “KinéSanté”

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las causas de incontinencia urinaria de esfuerzo en la población en estudio.
- Describir los problemas biopsicosociales que engloban a la incontinencia urinaria de esfuerzo mínima en la población en estudio.
- Mencionar el impacto que tiene la IUE en la calidad de vida de las pacientes en la población en estudio.
- Identificar mediante la Escala modificada de Oxford si la fuerza muscular perineal, mejora en la población en estudio.
- Determinar si finalizado el tratamiento manual se consiguió la continencia urinaria.
- Caracterizar a las pacientes en cuanto a su edad y antecedentes GinecoObstétricos.

1.4 Metodología

1.4.1 Tipo de estudio

El presente estudio, es de tipo Observacional analítico Longitudinal ya que registra y da seguimiento progresivo al grupo de aplicación desde que se da el diagnóstico hasta finalizar el tratamiento y evidenciar algún cambio tras la aplicación de la técnica. Se hará además una descripción de las variables que intervienen en la incontinencia urinaria, y como ésta puede o no ser modificada con la utilización de técnicas manuales fisioterapéuticas en la calidad de vida de las mujeres que la padecen. Gracias a este tipo de estudio, se podrá planear adecuada y oportunamente programas de prevención y de educación.

Además el tipo de investigación es cuantitativa, ya que tomados los datos podremos describir con porcentajes, los resultados obtenidos en la indagación. Así mismo, el nivel de la investigación se la ha catalogado como descriptiva, ya que se definirá conceptos, se detallará fisiopatología, causas y tratamientos fisioterapéuticos del problema en estudio.

1.4.2 Población y Muestra

El tipo de muestreo es No Probabilístico de Conveniencia, ya que por ser un centro privado, que recibe una cantidad variable de pacientes con distintas patologías, no recibe un número de pacientes constantes con este tipo específico de IU.

Por lo tanto, se trabajara con toda la población. El estudio fue aplicado a todas las pacientes mujeres comprendidas entre los 35 a 60 años de edad que acudieron al Centro de Rehabilitación Uroginecológica y Perineal KinéSanté durante los meses de Enero a Marzo del 2013 diagnosticadas con IUE mínima. Consecuentemente, el total de pacientes con estas características fueron de 14 pacientes.

Es necesario manifestar que al iniciar la recolección de datos, 5 pacientes fueron excluidas del estudio por no completar el número de sesiones requeridas. Por lo tanto, la muestra se redujo a 9 pacientes.

Los criterios de inclusión son: mujeres de 35 a 60 años de edad, que padezcan de incontinencia urinaria de esfuerzo mínima, que sean primigestas o multigestas, que sean nulíparas o multíparas, que pertenezcan a cualquier raza, mujeres en etapa de menopausia.

Criterios de exclusión: mujeres fuera del rango de edad mencionado, hombres con incontinencia urinaria, mujeres que hayan sido sometidas a tratamiento quirúrgico por esta causa, mujeres que estén tomando fármacos para esta patología, mujeres con incontinencia urinaria moderada o severa, mujeres con otro tipo de IU, mujeres con algún tipo de prolapso (uretrocele, cistocele, rectocele).

1.4.3 Fuentes técnicas e instrumentos

La información que se ha levantado para la realización de este estudio se ha realizado con fuentes primarias y secundarias.

Primarias: La técnica de recolección de datos fue la entrevista personal mediante el instrumento del cuestionario, la observación, mediante una guía de observación y como medio de evaluación se utilizó los siguientes elementos:

- ✓ Cuestionario Modificado del impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer (Anexo 2)
- ✓ Escala modificada de Oxford (Anexo 3)
- ✓ Examen Físico de Evaluación Ginecológica según Dominique Grosse (Anexo 4)

Secundarias: Se recolectó información bibliográfica la misma que consta de forma detallada en este estudio.

La técnica de recolección de datos que se realizará es el Análisis Documental, haciendo una revisión y reflexión de las encuestas personales y los test de evaluación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

Fuerza.- Capacidad de un musculo para oponerse a la resistencia.

Incontinencia Urinaria.- Una condición en que la pérdida involuntaria de orina constituye un problema social o de higiene, y puede ser demostrado objetivamente.

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.- Pérdida involuntaria de orina generada por aumento de la presión intra-abdominal, desencadenada por esfuerzos como reír, toser, estornudar, subir gradas, elevación de cargas, etc.

Efectividad.- Se refiere a los efectos de una actividad y sus resultados finales, beneficios y consecuencias para una población en relación con los objetivos establecidos.

Técnicas Manuales.- Utilización de las manos como método de aplicación para mejorar y restaurar la fuerza muscular.

2.2 Marco de Referencia

Se calcula que en el mundo existen alrededor de 200 millones de mujeres viviendo con síntomas de incontinencia urinaria (esto es, alrededor del 30% de las mujeres mayores de 60 años) y se calcula que en Estados Unidos se gasta cada año alrededor de 16 billones de dólares en el cuidado de pacientes con incontinencia urinaria y alrededor de 1.1 billones de dólares en productos absorbentes para adultos. (Erendira Quintana, 2009)

Se ha calculado que la IU, o aparición de pérdidas de orina al menos una vez en los últimos 12 meses, afecta al 5 %-69 % de las mujeres.

En 2004, un estudio estadounidense (realizado por la National Association for Continence) afirmaba que, después de comenzar a sufrir problemas de control urinario, las mujeres esperan 6,5 años antes de acudir a un médico. (Denis, 2004)

La prevalencia encontrada sitúa la IU como un problema relevante en la población estudiada. La mayoría no ha consultado por el problema. Varios de los factores de riesgo asociados se pueden prevenir, lo que justifica la puesta en marcha de programas coordinados de educación y prevención de la IU en este grupo de mujeres y en el marco de la Atención Primaria. (E. Nieto Blanco, 2003)

La prevalencia de IU se incrementa con la edad, con tasa típica en la población joven (20 – 30%), aumento en la etapa adulta (prevalencia de 30 – 40%) e incremento sostenido en la población de mayor edad (prevalencia de 30 – 50%). (Magaña, Ramos, & Valero, 2007)

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más frecuente en las mujeres entre 25 y 65 años de edad. En su forma pura, constituye hasta la mitad de todas las pacientes que la padecen. La gran mayoría de las pacientes con incontinencia urinaria reportaron síntomas de esfuerzo (54.3%), prevalencia similar a la reportada por Martínez Espinoza (58%), Hannestad (53%) y Hunskaar (Alemania 40%, España 39%, Inglaterra 41%). (Magaña, Ramos, & Valero, 2007)

2.3 Marco Teórico

2.3.1 Incontinencia Urinaria

2.3.1.1 Definición

La incontinencia urinaria a menudo, abarca algunos factores. Desde el punto de vista médico, este síntoma se define como la pérdida involuntaria de orina a través de una uretra anatómicamente sana. Esta definición, pone al descubierto, que el acto de la micción, es un acto voluntario y consciente. Y para que este acto se pueda dar con total normalidad, debe haber fundamentalmente, un equilibrio entre las fuerzas de expulsión y las de retención.

Ahora bien, es importante tener en cuenta algunas definiciones, para poder entender a este problema en todos los ámbitos. Para la ICS, “la incontinencia urinaria es una condición en que la pérdida involuntaria de orina constituye un problema social o de higiene, y puede ser demostrado objetivamente.” (Salgueiro E, Salvatierra E, Calderón N, 2005)

Los doctores Alan Wein y Paul Abrams recientemente presentaron un análisis de las definiciones que todavía no está aprobada, pero que se la toma en cuenta por ser una de las últimas actualizaciones en el tema de la incontinencia urinaria.

La Incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina y denota:

Un síntoma: Es la queja de pérdida involuntaria de orina por parte de la paciente o de quien la cuida.

Un signo: Es la demostración objetiva de la pérdida de orina.

Una condición: Es el evento fisiopatológico de base que puede ser demostrable clínica o mediante técnicas urodinámicas. (Berrocal J, Hernández C, pg.2)

Otra definición interesante, es la que hace la OMS integrando las deficiencias, las discapacidades y hándicap o desventajas. La deficiencia se refiere al mal funcionamiento del aparato urinario inferior, como consecuencia de traumatismos, enfermedades o

anomalías. Estas deficiencias se evidencian mediante examen clínico y exámenes complementarios.

La discapacidad supone la pérdida involuntaria de orina, sin importar la causa. Se cuantifica mediante el interrogatorio, la observación de las actividades de la vida diaria y los pad tests, que son un método para medir la cantidad de orina que se pierde después de tomar 500 ml de agua, esta orina es cuantificada en unos paños colocados en la ropa interior de la paciente.

El hándicap, se valora mediante cuestionarios, teniendo en cuenta el contexto habitual de la persona. Estos cuestionarios ayudan a verificar de forma más precisa, el compromiso social de la incontinencia urinaria. El cuestionario que se utilizará para esta investigación, será el Cuestionario modificado de impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer (Anexo 2) que está basado en el Cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer POTENZIANI-14-CI-IO-QOL-2000. (Anexo 1)

2.3.1.2 Epidemiología De La Incontinencia Urinaria

Lamentablemente, hay poca información sobre la epidemiología de la incontinencia urinaria, ya que a pesar de ser un problema frecuente, pocas mujeres son las que acuden al médico o hablan de ello. En Ecuador, no existe ningún estudio de este tipo, pero en un estudio realizado en Venezuela, se menciona:

En Buenos Aires una encuesta realizada en 483 mujeres de 24 a 85 años, el 49 % reportó pérdida de orina, de ellas el 90 % no consultó ni realizó algún tratamiento y sólo el 52 % reportó alteración de su calidad de vida. En otra encuesta aplicada en una población rural de El Salvador se encontró una alta incidencia de incontinencia: 71 % urinaria y 41 % fecal. En Colombia dos estudios realizados a nivel hospitalario, uno con 240 pacientes donde el 72.% reportó síntomas de sensación de cuerpo extraño en genitales e IUE en los prolapsos grado II, los grado III estaban asociados a multiparidad, edad mayor de 60 años, menopausia y menor número de IUE; el segundo de 102 casos con un promedio de edad de 60 años y de siete partos; el 74,5 % eran prolapsos de III ° y señalan que el 30 % de la cirugías ginecológicas de ese centro asistencial son por cura de prolapso. (Obregón y Saunero, 2009, pg. 2)

Se sabe que la aceptabilidad de la incontinencia varía considerablemente según numerosos factores (cultura, país, edad, actividad, etc.). Estos factores influyen negativamente en el concepto que generan en la población, haciendo que la incontinencia urinaria, sea normal, no tan grave, no digna de mención o que ha influido drásticamente en la vida de quien la padece, que prefieren no comentar sobre su problema.

Epidemiológicamente, la incontinencia urinaria afecta mayoritariamente a las mujeres, y son muchos los factores que influyen en esta diferencia (anatomía de la uretra, disposición del suelo pélvico, embarazo, parto, menopausia, etc.) Justamente, “diversos autores estiman la prevalencia de incontinencia urinaria durante el embarazo en 58.1% antes del embarazo, 26% de las mujeres tienen algún episodio de incontinencia urinaria y durante el embarazo, esta alteración se agrava.” (Chávez y Salomón 2011, pg. 2)

Hampel et al, en un meta-análisis en 1997 y en 2004 reportaron una prevalencia estimada para la incontinencia urinaria de 30% en mujeres de 30-60 años, con aproximadamente la mitad de los casos atribuidos a la IUE. El tratamiento para este problema incluyen terapias conservadoras iniciales (es decir, las intervenciones del estilo de vida, entrenamiento muscular del piso pélvico y entrenamiento de la vejiga), y entonces la cirugía es una opción para las mujeres cuya calidad de vida sigue afectada después de un diagnóstico de incontinencia de esfuerzo genuina confirmada y no ha habido resultados positivos con la terapia conservadora. (Magon N, Kalra B, Malik S, Chauhan M. 2011)

2.3.1.3 Tipos De Incontinencia Urinaria

Según su sintomatología, la ICS reconoce los siguientes tipos de IU:

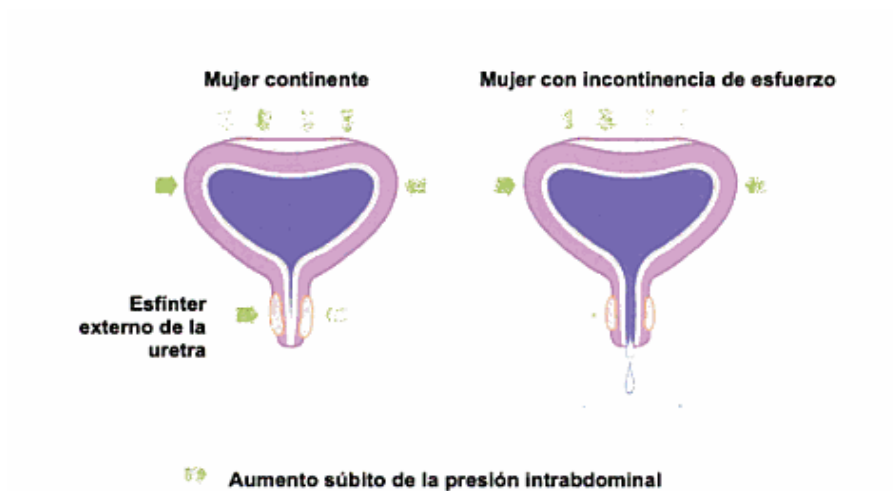
Incontinencia Urinaria De Esfuerzo (IUE)

Es la pérdida involuntaria de orina tras un aumento en la presión intraabdominal, desencadenada por la actividad física, por ejemplo toser, reír, correr, subir gradas, etc. La IUE se produce cuando la presión intravesical, supera la presión uretral, desencadenando en la pérdida de orina (Ilustración 1). Este tipo de IU puede estar condicionado por dos mecanismos diferentes y que pueden darse por separado o juntos en una misma paciente:

IUE por hipermovilidad uretral: Esta incontinencia se produce porque durante los esfuerzos físicos, la uretra pierde su posición anatómica por un fallo en los mecanismos de sujeción.

IUE por disfunción uretral intrínseca: La pérdida de orina se presenta por una insuficiente coaptación de sus paredes.

Ilustración 1. Mecanismo de resistencia uretral



Fuente: Bajo, 2006

Incontinencia De Urgencia (IUU)

Este tipo de incontinencia está asociada a un fuerte deseo de orinar (urgencia). Puede acompañarse de un aumento en la frecuencia miccional tanto de día como de noche. La IUU va precedida de una sensación incontrolable de urgencia, la cual es consecuencia de una contracción involuntaria del musculo detrusor. Esta contracción involuntaria se la conoce como hiperactividad del detrusor (HD), y puede ser de origen neurogénico (secundaria a una enfermedad neurológica) o idiopática, sin causa conocida.

Síndrome De Vejiga Hiperactiva (VH)

Este término se utiliza para referirse a un síndrome que abarca a los pacientes con síntomas de aumento de frecuencia y urgencia miccional, con o sin IUU y que se cree, puede compartir la misma etiopatogenia que la IUU.

Incontinencia Urinaria Mixta

Se hace referencia cuando un paciente tiene una pedida involuntaria de orina con los esfuerzos y con síntomas de VH, con o sin IUU.

Incontinencia Urinaria Continua

Es la perdida involuntaria y continua de orina, en ausencia de deseo miccional. Esta puede ser secundaria a una fistula, un uréter ectópico o a un déficit intrínseco del mecanismo de cierre uretral muy severo.

Pérdida Por Rebosamiento

Es la perdida que se manifiesta en forma de goteo, asociada a una retención urinaria, la cual se da en la mayoría de casos por una dificultad de vaciado vesical.

2.3.2 Bases Anatómicas Y Fisiológicas

2.3.2.1 Vejiga

La vejiga es un órgano semimembranoso hueco, situado entre los uréteres y la uretra. Tiene una doble función, de depósito y de evacuación de la orina. Debe contener sin descanso la orina secretada constantemente por los riñones y debe expulsar la orina sin esfuerzo, mediante un trabajo mínimo.

Es un órgano subperitoneal, alojado en la parte anterior del espacio pélvico-subperitoneal. Se sitúa encima del suelo pélvico, detrás de la sínfisis del pubis y delante del útero y de la vagina. Tiene una cara superior con un vértice anterior y un borde posterior en cual se encuentran los uréteres, además tiene una base triangular horizontal que descansa sobre la cara anterior de la vagina y dos cara inferolaterales que se juntan por delante (Ilustración 2) (Grosse & Sengler, 2001)

Ilustración 2. Anatomía de la vejiga



Fuente: www.fertilab.net

La pared vesical se compone de tres capas, su espesor varia de 8 a 15 mm cuando está vacía, y de 3 a 4 mm en fase de llenado. Así, este órgano se compone de tres capas, la capa externa que sirve de paso a vasos y nervios. La capa interna, constituida por la mucosa vesical e inaccesible para la reeducación; y la capa media, que es considerada el motor vesical, compuesto por el musculo detrusor, conformado por fibras musculares lisas que en conjunto forman un musculo plexiforme, resistente a las deformidades y garantizando una evacuación armoniosa. En esta, se distinguen tres capas: (Grosse & Sengler, 2001)

- Capa externa: fibras longitudinales
- Capa media: fibras circulares, más densas en la base de la vejiga, a nivel del cuello vesical.
- Capa interna: fibras longitudinales muy adheridas entre si, por eso su nombre de capa plexiforme, la disposición de estas fibras no son regulares y se distinguen 2 porciones:
 - La cúpula vesical, que está cubierta por el peritoneo, no tiene ninguna relación inmediata, es móvil, flexible y básicamente es de quien depende la capacidad vesical, que fisiológicamente es de 300 a 600 ml pero que puede alcanzar hasta los 2000 ml. (Grosse & Sengler, 2001)
 - La base de la vejiga, está organizada de forma similar, pero con una complejidad mayor. Las fibras son mayormente circulares y ovoides y mientras se alejan del cuello vesical, se transforman en tejido conjuntivo. Este conjunto es fijo, dándole estabilidad al momento de los cambios de volumen.

Por detrás se encuentra el trígono, formación que depende de la musculatura lisa de la uretra. Justo antes de la micción la contracción del trígono, transforma a la base en un canal triangular (embudo premiccional), dirigiendo las fuerzas de expulsión a la uretra, además contribuye a una oclusión adicional gracias a la continuidad de sus fibras musculares con las de los uréteres. El cuello vesical une a la vejiga con la uretra y está formado por fibras horizontales oclusivas y fibras verticales que intervienen en la apertura del cuello. (Grosse & Sengler, 2001)

2.3.2.2 Uretra

Esta constituye el canal de evacuación de la orina. Es la continuación del cuello vesical, atraviesa la aponeurosis media del periné y desemboca en la parte superior de la vulva. Está situada detrás de la sínfisis del pubis y por delante de la vagina, tiene una longitud de 35 mm en la mujer. Su calibre de aproximadamente 8 mm, es muy extensible por su parte media. Tiene musculatura propia, lisa y estriada, que constituye un reforzamiento alrededor del conjunto de la uretra, especialmente en la parte media. La musculatura lisa longitudinal proviene del detrusor (apertura del cuello, acortamiento de la uretra) y por una capa externa circular y ovoide. (Grosse & Sengler, 2001)

Este conjunto constituye el esfínter liso, responsable del cierre del cuello en reposo. Su disfunción es el responsable de la apertura del cuello. El componente liso y estriado de su musculatura, comparten una misma función de esfínter uretral, asegurando mediante su contracción la continencia activa y pasiva. (Grosse & Sengler, 2001)

Grosse y Sengler (2001) aseguraron que los factores responsables de la presión uretral y el tono de esta son la suma de los siguientes:

- Capa de tejido esponjoso que transmite las presiones
- Elasticidad
- Vascularización
- Musculatura lisa y estriada
- Transmisión de la presión abdominal

2.3.2.3 Musculatura Del Suelo Pélvico

El periné, está formado por el conjunto de partes blandas que cierran la pelvis y soportan las vísceras en bipedestación. Está delimitado por un marco osteofibroso, delante la sínfisis del pubis y ramas isquiopúbicas y por detrás, el sacro, el coxis y el gran ligamento sacrociático. Los músculos están dispuestos en tres planos:

PLANO PROFUNDO

Constituye el diafragma pélvico principal, y comprende:

- *Los músculos elevadores del ano*, son fundamentales para el fisioterapeuta, por medio de estos se desarrollarán las cualidades musculares del suelo pélvico. Es un musculo simétrico, derecho e izquierdo. Su origen es en la sínfisis del pubis y llega al coxis, bordeando al ano. Con una forma de “V” este músculo presenta una parte externa esfíntereana y una interna elevadora. (Grosse & Sengler, 2001)

La parte externa está compuesta por 2 fascículos, pubococcígeo e iliococcígeo. La inserción de origen se sitúa sobre la cara posterior de la sínfisis del pubis y sobre la aponeurosis del músculo obturador interno, las fibras musculares convergen hacia la región retroanal. Estos músculos terminan sobre el ligamento anorrectal y sobre los bordes laterales y la cara anterior de las 2 últimas vertebrae coccígeas y constituyen un mecanismo de sostén muy importante alrededor del recto y la unión de este con el canal anal. Además esta parte externa, esta reforzada por los músculos isquiococcígeos, cada uno de forma triangular, insertados en la espina ciática hasta el borde lateral del sacro y el coxis. (Grosse & Sengler, 2001)

El equilibrio del tono de toda esta parte externa se menciona que:

Interviene en la continencia anal pasiva y sobre todo en el sostén de las vísceras pélvicas, actuando como factor de resistencia importante del periné posterior; es un sólido plano de sostén para los órganos intrapélvicos. Su contracción interviene en la continencia anal activa y moviliza las vísceras hacia arriba y hacia delante. (Grosse & Sengler, 2001)

La parte interna elevadora, es más pequeña pero más gruesa, y está compuesta de los *fascículos pubovaginal y puborrectal*. El trayecto de los dos es el

mismo que el de la parte externa, la diferencia se da en las inserciones, que se sitúan sobre la cara posterior del pubis, por encima y dentro de la parte externa. Este potente musculo, cruza la uretra en su tercio proximal encima del esfínter externo y allí, ambos elevadores envían expansiones rodeando la uretra proximal. La reeducación perineal de las IU depende, en gran medida de las posibilidades de refuerzo de la musculatura de este nivel, en la parte alta de la uretra y en la unión vesicouretral. A continuación esta musculatura se dirige a la vagina, adhiriéndose a la pared lateral de la vagina, importante elemento para la estática de este órgano. Este punto es importante para el fisioterapeuta, porque es aquí, donde se harán las palpaciones y resistencias para comenzar la recuperación de la musculatura. (Grosse & Sengler, 2001)

La inserción del fascículo pubovaginal se realiza en el núcleo fibroso central del periné, situado en la parte posterior e inferior de la vagina. Este fascículo se une con su contralateral, rodeando la vagina en su tercio inferior formando una especie de corbata.

El fascículo puborrectal en cambio, tiene 2 inserciones terminales, una superior sobre las paredes anterior y lateral del ano con la unión al canal anal, y una inferior donde las fibras discurren hacia abajo por la pared anal entre el esfínter liso y el estriado hasta la piel que rodea al ano. El mantenimiento del tono de la porción interna del elevador del ano participa en la continencia anal pasiva y en el sostén de las vísceras pélvicas. (Grosse & Sengler, 2001)

PLANO MEDIO

Este plano está compuesto por 3 músculos: el esfínter externo de la uretra y dos transversos profundos.

El Esfínter externo de la uretra es esencial para la continencia, tiene una forma de anillo que envuelve casi completamente al tercio medio de la uretra. En la parte más externa, duplica su musculatura con fibras lisas, manteniéndose estrechamente unidas. A este nivel se van a encontrar 2 tipos de fibras, una porción intrauretral con fibras lentas no fatigables y una porción periuretral compuesta por fibras lentas y rápidas, potentes pero muy fatigables. Este músculo a pesar de ser

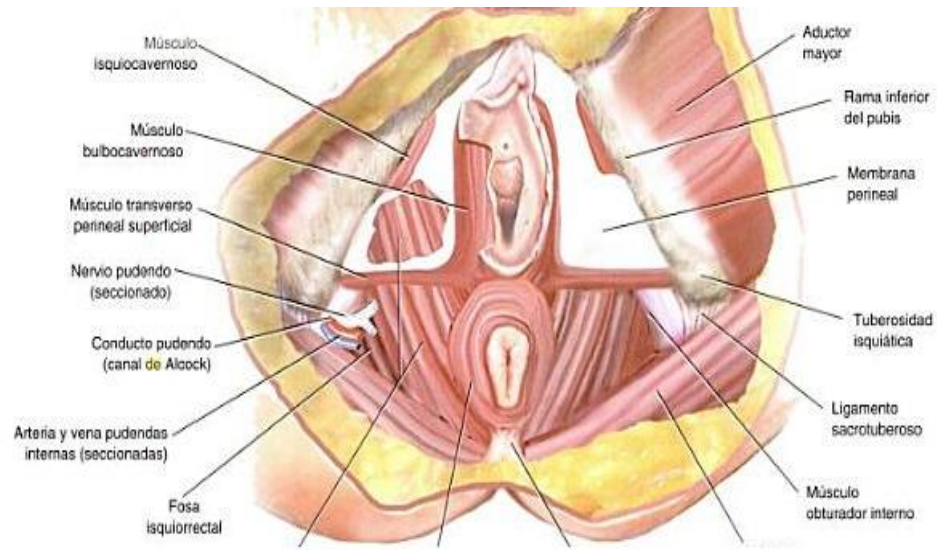
dependiente de la voluntad, se mantiene contraído permanentemente, lo que contribuye con una adecuada fase de llenado al mantener el gradiente de presión uretrovesical. Ahora bien, la importancia de este músculo, radica en el control que ejerce tanto en la micción como en la inhibición de esta, ya que gracias a sus breves y fuertes contracciones se evita la fuga de orina cuando la vejiga se contrae. Por lo tanto, este músculo participa en gran medida en el valor de la presión uretral, que en una mujer de hasta 70 años es de 110 cm H₂O – edad +- 20 cm H₂O. (Grosse y Sengler, 2001)

El músculo transverso profundo es simétrico, delgado y triangular. La inserción de origen se da en la parte interna de las ramas isquiopúbicas, el trayecto transversal llegando casi horizontalmente sobre el núcleo fibroso central del periné. Su función es de sostén visceral, especialmente para la base vesical, y actúa en la erección. (Grosse & Sengler, 2001)

PLANO SUPERFICIAL

En este plano podemos encontrar 2 zonas, un triángulo anterior que corresponde a los músculos bulbocavernosos, músculos isquiocavernosos (participan en la erección), los músculos transversos superficiales y el músculo constrictor de la vulva (Ilustración 3), estos dos últimos son músculos inconstantes, y la función de este último es estrechar la vagina. En el triángulo posterior hay un solo músculo que es el esfínter externo del ano. El conjunto muscular de este plano, no tiene importancia en la continencia urinaria, pero su importancia radica en la inervación que comparte con los demás planos, eso significa que al contraerse, estos músculos actúan como sinergistas, principalmente del elevador del ano, principal músculo en la reeducación del suelo pélvico, es por eso, que es justamente este músculo, el esfínter externo del ano, el que se utiliza para la toma de conciencia. (Grosse & Sengler, 2001)

Ilustración 3. Músculos superficiales del suelo pélvico



Fuente: Baggish (2009)

2.3.2.4 Funciones Del Diafragma Pélvico

2.3.2.4.1 Función del esfínter periuretral

La función de este esfínter, es muy importante, gracias a la presión intrauretral que es mayor que la intravesical, proporciona una continencia asegurada. Además por los factores coadyuvantes que ya se han mencionado:

- La contracción permanente del tercio medio del esfínter externo de la uretra
- Y de los elevadores del ano, que con sus expansiones, rodean la uretra proximal, considerándose incluso un segundo esfínter.
- Asimismo estos músculos ayudan cuando hay una hiperpresión abdominal o en la interrupción voluntaria del chorro.

2.3.2.4.2 Fases Cinéticas

Las fases cinéticas se refieren a la interrelación que existe entre el diafragma pélvico, el centro tendinoso y los músculos y vísceras que se reubican durante cualquiera de estas fases, anal, vaginal y urovesical. (Grosse & Sengler, 2001)

Este mecanismo mecánico se produce durante el esfuerzo que se ejerce en una hiperpresión abdominal. La uretra proximal y el cuello vesical son arrastrados hacia arriba y delante, siendo comprimidos contra la sínfisis púbica. (Grosse & Sengler, 2001)

Durante la hiperpresión abdominal generada por el esfuerzo (tos, cargas, estornudo) la fuerza generada es de arriba hacia abajo; lo que realiza el suelo pélvico en respuesta a esta hiperpresión, es una tracción hacia arriba y delante, generada por el elevador del ano; el choque de los dos, hace que esta hiperpresión abdominal se desplace abajo y atrás, evitando que aparezcan las incontinencias, si este mecanismo no se diera, el elevador del ano ya no participaría como esfínter periuretral, la vagina quedaría abierta favoreciendo incluso los prolapsos. (Grosse & Sengler, 2001)

2.3.2.4.3 Inhibición Nerviosa

Existen 12 reflejos miccionales, el tercero es el Reflejo Perineo-detrusoriano inhibidor, importante ya que favorece la continencia. Este participa inhibiendo la capacidad contráctil del detrusor cuando capta un aumento de la tensión de la musculatura perineal. (Grosse & Sengler, 2001)

2.3.2.4.4 Función Durante El Parto

Los músculos elevadores del ano, participan en las modificaciones de la posición, en especial la rotación y orientación de la cabeza del feto en la presentación. Cuando la cabeza del feto se contacta con el elevador del ano homolateral, este la rechaza aumentando la contracción, entonces la cabeza se contacta con el elevador del ano opuesto, igualmente aumenta la contracción y favorece la salida del feto. Pasado este último obstáculo, los elevadores deben relajarse y distenderse lo que más puedan mientras los demás músculos del suelo pélvico están contraídos para optimizar la salida del bebé por el canal vaginal. Esta función es lo que se considera normal, y lo que evitaría un desgarró o la episiotomía realizada por el ginecólogo. (Grosse & Sengler, 2001)

2.3.2.5 Medios De Fijación Vejiga

Son varios, pero su valor funcional secundario. Los ligamentos pubovesicales constituyen un medio de anclaje elástico entre la sínfisis del pubis y el cuello vesical,

estos tienen una función fundamental en la continencia activa, permitiendo el desplazamiento del cuello. (Grosse & Sengler, 2001)

La estática pélvica normal, depende justamente de estos medios de fijación, medios de anclaje que aseguren un sostén compacto de estos órganos. El sistema de suspensión es doble: el anclaje anterior que fija los órganos (vejiga, uretra, útero y vagina) hacia arriba y delante, es en su mayoría muscular, por lo tanto, contráctil dado por los elevadores del ano. El anclaje posterior en cambio, fija los órganos (recto) hacia arriba y detrás, únicamente ligamentoso y fibroso. (Grosse & Sengler, 2001)

2.3.2.6 Inervación

No se hablará detalladamente de la inervación del sistema genitourinario, pero se hará referencia a las funciones que cumple cada sistema para entender mejor el proceso normal de la micción.

Función Viscerosensitiva.- es esencial ya que la percepción de necesidad es fundamental para la continencia. Un sinnúmero de receptores (tacto, dolor, temperatura, tensión y volumen) se encuentran tapizando el aparato vesicoesfinteriano. Es justamente a través de estos receptores que nacen las vías sensitivas, llegan a la médula sacra y a través de los cordones posteriores, pasan al tálamo y corteza parietal. (Grosse & Sengler, 2001)

Vías motrices.- el aparato vesicoesfinteriano recibe doble inervación: vegetativa (simpático y parasimpático) y somática.

- Sistema parasimpático.- localizado en la médula sacra a nivel S2, S3, S4. La estimulación del sistema parasimpático provoca la contracción del detrusor y la inhibición de la musculatura lisa de la uretra, logrando la evacuación vesical. (Grosse & Sengler, 2001)
- Sistema simpático.- localizado en la médula dorsolumbar D10 – L2. Las terminaciones nerviosas desembocan en el detrusor, el cuello vesical y la uretra. La estimulación de este sistema produce contracción de la musculatura cervicouretral y relajación del detrusor. Por lo tanto es el encargado de la fase de llenado vesical. (Grosse & Sengler, 2001)

- Sistema somático.- localizado en los cuernos anteriores de la medula sacra S2, S3, S4. El nervio pudendo y sus ramas, inervan la musculatura estriada del suelo pélvico. (Grosse & Sengler, 2001)
- Centros Encefálicos.- las regiones implicadas en el control miccional son numerosas. A nivel cortical, el centro principal es frontal, su acción sería inhibitoria de la micción. La corteza límbica, participa en los comportamientos instintivos, especialmente durante ataques de emociones como reírse a carcajadas. A nivel subcortical, las regiones que intervienen son el hipotálamo, el tálamo, núcleo rojo, etc., y su acción es inhibitoria. En el tronco cerebral, el centro más importante es la protuberancia y es activadora, pero al recibir influencias corticales inhibitorias, su acción pasa a ser inhibitoria también. En el cerebelo, la acción es inhibitoria. (Grosse & Sengler, 2001)

2.3.2.6.1 Control Neurológico

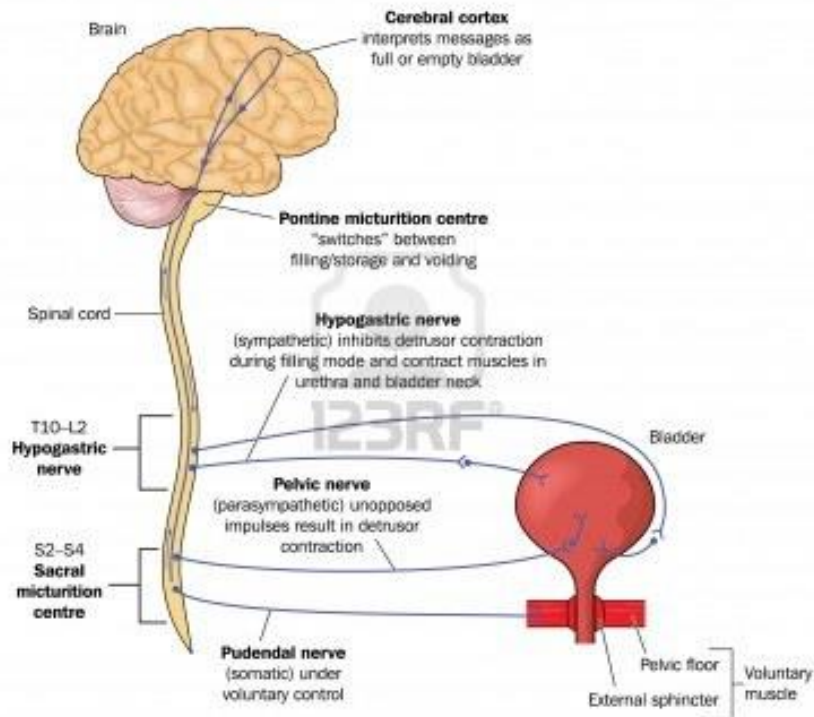
La fase de llenado se caracteriza por la continencia pasiva, lograda por una presión intrauretral más elevada que la intravesical. Esto se debe a dos factores, la viscoelasticidad del detrusor, que permite el llenado y la distensión sin elevación significativa de la presión y segundo, al control neurológico. (Grosse & Sengler, 2001)

La fase de llenado, está controlada por los sistemas simpáticos y somáticos. El simpático relaja el detrusor y mantiene el tono del esfínter liso de la uretra. Mientras que el somático, mantiene el tono del esfínter estriado de la uretra. (Grosse & Sengler, 2001)

La fase miccional está controlada por el parasimpático. Se inicia por los receptores sensitivos de distensión, estas señales se conducen a los segmentos sacros de la medula a través de nervios pélvicos, regresan a la vejiga a través de fibras parasimpáticas. Si la vejiga no está lo suficientemente llena, las contracciones del detrusor cesan y vuelve a relajarse espontáneamente, pero una vez que el reflejo miccional es lo suficientemente poderoso, provoca otro reflejo que pasa a través de los nervios pudendos hasta el esfínter externo para inhibirlo. Si esta inhibición es más fuerte en el encéfalo, que la señal de contracción voluntaria, se da una descarga parasimpática, que desencadena una contracción potente del detrusor, aumentando la presión intravesical por sobre la uretral,

apertura del cuello, relajación del esfínter liso y estriado y finalmente desencadenándose la micción. (Grosse & Sengler, 2001) (Ilustración 4)

Ilustración 4. Ciclo neurológico de la micción



Fuente: Lamb, 2011

Grosse y Sengler (2001) mencionan que “la coordinación vesicoesfinteriana es el resultado de un control recíproco y permanente entre los sistemas parasimpático, simpático y somático.”

Durante el llenado vesical, los sistemas simpático y somático, inhiben al parasimpático para que no aparezca una inestabilidad vesical. Durante la micción en cambio, el parasimpático, inhibe al simpático y somático, evitando así una asinergia vesicoesfinteriana. (Grosse & Sengler, 2001)

Mahony y cols, describieron 12 reflejos miccionales, que intervienen en el control neurológico de la micción y en sus diferentes fases. Se describieron entonces, reflejos que favorecen la continencia, reflejos que favorecen el desencadenamiento de la micción, reflejos intramiccionales y un reflejo de detención de la micción.

Para el fisioterapeuta, van a ser importantes 2 reflejos, el tercero que ya se mencionó anteriormente, perineo-detrusoriano, y el décimo segundo, es el reflejo de detención de la micción. Se hace referencia a este reflejo, ya que es común que se lo practique como parte de la reeducación perineal en la etapa de toma de conciencia del suelo pélvico. La interrupción del chorro miccional, se la puede realizar sin problema, pero durante la última fase de micción, cuando el chorro es menos fuerte; así se evita que exista un residuo posmiccional, generador de posibles infecciones de vías urinarias. (Grosse & Sengler, 2001)

La micción puede interrumpirse en cualquier momento. El control del esfínter estriado es un paso importante en la adquisición de la capacidad de retención en el niño. Pero el control voluntario también se practica en el músculo liso. La vejiga es una víscera sometida a control voluntario, y este se ejecuta en dos niveles: en el sistema límbico, cuando hay pérdidas por ataques emocionales y el lóbulo frontal, que facilita la micción incluso cuando no hay deseos de orinar, aquí hay una interacción de los abdominales, el diafragma y los músculos del suelo pélvico, lo que se denomina micciones de precaución. (Grosse & Sengler, 2001)

2.3.3 Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria

2.3.3.1 Equilibrio Vesico Esfinteriano

Grosse y Sengler (2001) mencionan que “la calidad de la continencia y de la micción es el resultado de un equilibrio entre las fuerzas de expulsión y las de retención”. La incontinencia aparece cuando las fuerzas de expulsión superan a las de retención.

Estas fuerzas de retención pueden ser vulnerables por situaciones como: uretra corta, suelo pélvico que ha sufrido traumatismos obstétricos, la edad y la menopausia,

que por factores hormonales, influyen drásticamente en la disminución de estas fuerzas. (Grosse & Sengler, 2001)

Existen también las fuerzas de retención activas, incluyen la presión uretral y la actividad tónica de los esfínteres liso y estriado, estos son los mecanismos fisiológicos de la continencia, los que aseguran el cierre uretral durante la fase de llenado vesical. La reeducación se enfocara a las fuerzas de retención activas dependientes de la voluntad, es decir la musculatura estriada. (Grosse & Sengler, 2001)

Las fuerzas de retención pasivas constituyen la resistencia uretral, se refieren al grupo de fuerzas que se cierran al paso de la orina. Todas estas fuerzas dependen de factores internos, como la posición y configuración del cuello vesical, la elasticidad uretral. El componente vascular, representa el 30% de la continencia y es hormonodependiente, lo que explicaría la aparición de la incontinencia en situaciones fisiológicas como el embarazo y la menopausia, donde hay claramente alteraciones hormonales. Estas fuerzas de retención pasiva se mantienen durante la micción. (Grosse & Sengler, 2001)

Además existen las fuerzas de expulsión, que son dos y que caracterizarán a dos tipos de incontinencia. La hiperpresión abdominal que se relaciona con la incontinencia urinaria de esfuerzo y la contracción vesical, que está ligada a la inestabilidad vesical, de la cual no se hablará. (Grosse & Sengler, 2001)

La hiperpresión abdominal es causada por la tos, la risa, el estornudo, el transporte de cargas, marcha, deporte o cualquier esfuerzo. Ante estas situaciones la presión abdominal y vesical puede ascender a 100 – 200 cm H₂O. Este tipo de incontinencia se ve agravada en pacientes que sufren resfriados a repetición o padecen de bronquitis crónica, al igual que aquellos con estreñimiento crónico. (Grosse & Sengler, 2001)

Normalmente, pocas fuerzas de retención (presión uretral + resistencia uretral) son capaces de resistir tales presiones. La incontinencia urinaria de esfuerzo debería ser lo normal, pero los mecanismos externos que permiten mantener un gradiente de presión uretrovesical positivo durante el esfuerzo hacen que pase a ser la excepción. El primero de estos mecanismos es la contracción refleja del esfínter y de los elevadores durante la tos. Paralelamente a la hiperpresión abdominal, la presión intrauretral se ve aumentada por la reactividad del esfínter ante la tos, así como por la función de esfínter periuretral que desempeñan los elevadores del

ano. Pero lo esencial es, sobre todo, la función de cierre del ángulo uretrovesical que ejercen los elevadores, tirando de la uretra vesical hacia arriba y hacia la sínfisis del pubis. (Grosse y Sengler 2001)

La fisioterapia se opone a esta hiperpresión abdominal, educando a la paciente a utilizar su suelo pélvico en el momento que aumenta la presión y se genera un esfuerzo.

2.3.3.2 Mecanismo De La Incontinencia Urinaria De Esfuerzo

Lo más frecuente es que la etiología de la incontinencia urinaria sea multifactorial. Y como se menciona en algunas bibliografías, la incontinencia urinaria, supone un síntoma, mas no una enfermedad. Aunque esta afirmación merece ser discutida, lo cierto es que algunos son los factores predisponentes y varias las causas de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Grosse y Sengler (2001) menciona que “La participación de una serie de factores como: hipoestrogenismo (produciendo atrofia muscular de los ligamentos, fascias e incluso del urotelio), obesidad, partos múltiples, atrofia de la musculatura perineal con la edad, influirían sobre este mecanismo de soporte alterado.”

Sin embargo, las causas más frecuentes son: uretrocistoptosis y la incontinencia esfinteriana.

La uretrocistoptosis se produce cuando la unión vesicouretral ya no es fijada durante el esfuerzo y desciende, es decir, el cuello se mantiene abierto. Esto a su vez desencadena una disminución del ángulo uretrovesical, incompetencia esfinteriana por una deficiencia de la musculatura lisa de la uretra. También se puede tratar de una disminución de la presión intrauretral, permitiendo la salida de orina durante un esfuerzo. Otra forma de incontinencia esfinteriana, es la fatigabilidad en el esfínter estriado de la uretra, que durante un esfuerzo prolongado, se agota fácil y rápidamente. Los casos de uretrocistoptosis e incontinencia esfinteriana, pueden presentarse solas o en conjunto. La reeducación de suelo pélvico puede trabajar en la musculatura estriada para frenar la perdida de orina en pacientes con este tipo de mecanismos, mas no en pacientes con algún tipo de deficiencia anatómica. (Grosse & Sengler, 2001)

Como se ha mencionado anteriormente, el mecanismo de este tipo de incontinencia, es el aumento de la presión abdominal, lo que genera una pérdida de orina,

que puede caracterizarse por ser fugas de chorro potente, poco abundante pero siempre por un sobreesfuerzo desencadenante. (Grosse & Sengler, 2001)

2.3.4 Evaluación y Exploraciones Funcionales

A pocas pacientes se les realiza un examen físico riguroso, en el que se incluya al periné. Solamente se lo nombra cuando la paciente tiene la molestia pero no se lo toma en cuenta como parte esencial y completa de un examen físico. (Grosse & Sengler, 2001)

Se debe considerar que muchas veces la aparición de los síntomas de la IU viene como manifestación de alguna otra patología, por lo tanto, el examen debe ser exhaustivo, así como la suposición de las causas y el protocolo a seguir. Ya en la práctica, la paciente debe llegar a la consulta con la vejiga llena, algo difícil de lograr, ya que por la molestia que presentan, ellas prefieren evacuar cada vez que tengan la oportunidad. La evaluación se completará en las primeras sesiones, no en una sola, ya que lo importante es establecer un clima de confianza entre el fisioterapeuta y el paciente. (Grosse & Sengler, 2001)

Una anamnesis bien realizada puede desde el principio diferenciar el tipo de incontinencia que padece la paciente. En esta parte de la historia clínica se debe poner énfasis en el motivo de consulta, ya que todo lo que narre la paciente es importante para ella, pero nosotros como fisioterapeutas, debemos jerarquizar los problemas, que no siempre salen espontáneamente. (Grosse & Sengler, 2001)

Los antecedentes personales son importantes para determinar posibles causas y protocolos de tratamiento. En el se incluirán los antecedentes ginecoobstétricos como números de embarazos y partos, infecciones urinarias, incontinencia durante el embarazo y el posparto, terapia de reemplazo hormonal para las pacientes que son menopáusicas. Ya en los antecedentes generales, debemos señalar si la paciente sufre de estreñimiento o bronquitis crónica, que provocan hiperpresiones abdominales regularmente. (Grosse & Sengler, 2001)

Además se tomará en cuenta el estilo de vida de la paciente, esto incluye la profesión y el tipo de deporte que practica. Son algunos los ejercicios y profesiones que

exigen un sobreesfuerzo importante en la zona intraabdominal agravando de esta manera la IU. También se anotará si la paciente toma algún tipo de medicación ya que algunos medicamentos presentan reacciones adversas sobre el tracto urinario inferior. (Grosse & Sengler, 2001)

Ya hablando de la IU en sí, se tomará en cuenta la fecha de inicio, frecuentemente sale a la luz el posparto. Grosse y Sengler (2001) señalan que la diferenciación de la IU están en relación con el momento de aparición de las fugas y con los factores desencadenantes. El tipo de fuga constituye información importante para el fisioterapeuta, frecuentemente en las de esfuerzo o de imperiosidad, las fugas son como chorro mas o menos abundante, las que son gota a gota, suponen una IU por rebosamiento de origen neurológico o urológico. (Grosse & Sengler, 2001)

La información que nos dé la paciente sobre el tipo de fuga como de la cantidad de protectores que usa, nos darán una idea de la importancia que implica esta molestia para quien la padece.

2.3.4.1 Exámen Físico

Generalmente se realiza en posición ginecológica, tumbada en una mesa. Comprenden exámenes general, uroginecológico y neurológico locorregional. Para esto se utilizará una ficha que servirá como guía para evitar olvidos. (Grosse & Sengler, 2001)

Exámen general.- La obesidad es un factor agravante de la incontinencia y del prolapso, pero el fisioterapeuta debe prestar especial atención a la estática pélvica. El fisioterapeuta no debe tener normas fijas, ya que cada paciente es diferente y la clave de la reeducación del periné es el trabajo analítico de los músculos elevadores, una reeducación individualizada y acoplada a las actividades de la vida diaria. (Grosse & Sengler, 2001)

2.3.4.1.1 Exámen uroginecológico

Inspección.- Durante esta fase, se observarán el aspecto externo del área genital, estado de la piel, de las mucosas, irritación, excoriaciones, micosis, eritema, etc. En caso de haber leucorrea o metrorragia, se debe referir de inmediato al médico y suspender la

reeducación. Además se busca cicatrices, episiotomías o suturas posquirúrgicas. La turgencia de la vulva y la vagina dan una idea del estado hormonal. La apertura vulvar y la distancia anovulvar son dos aspectos que dan una idea subjetiva del estado muscular del periné. Generalmente, la vulva está cerrada, pero su distensión será valorada con cruces, según el grado de apertura. Una distensión leve, será valorada con una cruz, y es frecuente después del parto. La distancia anovulvar indica el espesor del núcleo fibroso central del periné (3 – 3.5 cm). El núcleo fibroso central es el punto donde convergen la mayoría de músculos del suelo pélvico, una distancia menor o igual a 2 cm, indicaría algún tipo de alteración. (Grosse & Sengler, 2001)

Palpación.- El primer paso que da el terapeuta, es evaluar la tonicidad del núcleo fibroso central. Esta evaluación nos dará una idea global del estado de la musculatura. El terapeuta pondrá un dedo en el núcleo fibroso central y ejercerá una presión que será respondida por una resistencia elástica en caso de ser normotónico. La hipotonía es rara, pero se verá cuando al ejercer una presión, el terapeuta no percibe ningún tipo de resistencia. La hipertonía es aún más rara, pero se manifiesta por un núcleo fibroso rígido.

El tacto vaginal es el primer paso de la evaluación, y permite examinar con precisión gran parte de los órganos pélvicos y sobre todo la fuerza de los elevadores del ano. Con una mano, el fisioterapeuta separa los labios mayores y menores, y utilizando los dedos índice y anular, ingresa a la vagina respetando su eje oblicuo. El tacto vaginal anterior encuentra una uretra flexible, móvil e indolora. Además se puede palpar a la pared vesical de manera estriada y lisa si está llena. El tacto vaginal permite apreciar la flexibilidad de la vagina y los fondos de saco vaginales que son flexibles e indoloros, además se palpa el cuello uterino que es móvil. (Grosse & Sengler, 2001)

Vaginismo.- El vaginismo está descrito como un espasmo involuntario del tercio inferior de la vagina que se produce ante cualquier intento de penetración. Es uno de los trastornos sexuales más comunes entre el grupo de mujeres que consultan a un especialista. Siempre está acompañado de dolor, por lo que el trastorno no se da únicamente a nivel anatómico, sino que engloba un problema psicológico y conductual que debe ser valorado y tratado por un psicoterapeuta. (M.^a Eugenia Olivares Crespo, 2003)

Se piensa que el vaginismo es una de las disfunciones psicosexuales femeninas más frecuentes. No se conoce la tasa de prevalencia exacta en la población general debido a los problemas que ocasiona el estudio del comportamiento sexual. Un estudio de mujeres que asisten a un consultorio de planificación familiar en Irán descubrió que el 12% de las mujeres padecían de vaginismo al menos el 50% del tiempo y que el 4% lo padecían siempre.

Test de fuerza de los elevadores.-

Para la evaluación de esta zona, el fisioterapeuta introduce los dedos de la manera descrita anteriormente. Se pide a la paciente que trate de apretar los dedos con esta musculatura. La evaluación se la puede realizar unilateralmente, sin que esto implique que la contracción se de en un solo lado. Se nota claramente la contracción en el fascículo lateral izquierdo y derecho. Mientras se efectúa esta contracción el fisioterapeuta debe estar atento a contracciones de músculos parásitos, que en ocasiones tratan de compensar el trabajo realizado por los músculos del periné. Lo más frecuente, es que se trate de contracciones de los abdominales, aductores y glúteos, y que van a causar molestia durante la etapa de toma de conciencia del suelo pélvico. A menudo se puede observar incluso apnea durante la contracción del suelo pélvico. La eficacia de los elevadores sobre la IU y el éxito clínico dependen de la acción de estos músculos sobre la zona anterior, sobre la unión cervicouretral y el cuello vesical. (Grosse & Sengler, 2001)

Incontinencia urinaria.-

En posición ginecológica, se pide a la paciente que tosa y empuje con fuerza, a veces se necesita repetir esta acción algunas veces para visualizar la fuga urinaria. Se valora la importancia de la fuga y su sincronismo con el esfuerzo. Si la fuga está presente, una maniobra de Bonney positiva señala una IUE por uretroscistoptosis. Esta maniobra consiste en introducir dos dedos, uno a cada lado del cuello vesical, evitando cuidadosamente toda compresión uretral. Se sube entonces la pared vaginal anterior y el cuello hacia arriba y hacia delante, con lo que se vuelve a situar la unión vesicouretral en el compartimento sometido a presión. La maniobra es positiva si, en estas condiciones, la fuga de esfuerzo cesa. (Grosse & Sengler, 2001)

Examen neurológico.-

Muchas afecciones neurológicas tienen como primera consecuencia, un trastorno vesicoesfinteriano. Pueden alterar el funcionamiento esfinteriano y/o el vesical. El fisioterapeuta debe tener muy en cuenta este tipo de sintomatología (micciones reflejas, fugas gota a gota) sobretodo en personas jóvenes. Todo tipo de alteración neurológica debe ser evaluada por un especialista obligatoriamente. (Grosse & Sengler, 2001)

2.3.4.2 Exámenes complementarios

Los exámenes complementarios se realizan después de un examen clínico riguroso y un examen físico metódico.

2.3.4.2.1 Exploraciones de rutina

Toma de muestras cervicovaginales.- El frotis cervical es un examen de detección sistemática, se realiza si se encuentran signos de infección, micosis, etc.

Urocultivo.- El urocultivo con antibiograma es obligatorio en pacientes con polaquiurias o micciones imperiosas, en efecto es necesario buscar una posible infección y tratarla antes de cualquier intervención. El tratamiento fisioterapéutico se realizara únicamente con un urocultivo limpio.

Uretrocistoscopia.- Es un examen simple que se realiza en consulta de urología. El cistoscopio permite la exploración de la mucosa vesical y determinar si posee alteraciones en su anatomía.

2.3.4.2.2 Exploraciones radiológicas

Urografía intravenosa.- Mediante un medio de contraste se toman radiografías durante todo el ciclo miccional, esto es antes, durante y después de la micción. Así se puede verificar el buen funcionamiento renal. En las IU lo que se encuentra frecuentemente son la verticalización de la uretra, la cervicocistoptosis, vejiga hipertónica, el aspecto rígido de la unión cervicouretral y las modificaciones anatómicas de la uretra.

Uretrocistografía retrograda y miccional.- Permite un estudio anatómico y funcional del aparato urinario inferior después de una inyección retrograda progresiva de un producto de contraste. Las radiografías se realizan con la paciente de frente, de perfil, bajo presión y durante un esfuerzo de retención. Se obtiene información sobre la morfología y funcionamiento del detrusor (hipotonía, hipocontractibilidad, capacidad, residuo y reflujo), del cuello y de la uretra. Se puede ver perfectamente la contracción de los músculos elevadores.

Ecografía.- Es una alternativa o un complemento a la radiografía. Estudia la morfología de los órganos profundos. En las incontinencias se observa el aspecto de la vejiga, el volumen vesical y el residuo posmiccional. También se puede ver el efecto de los elevadores sobre el cuello.

2.3.4.2.3 Urodinámica

Se trata de un examen complementario indiscutible en las exploraciones de los trastornos funcionales del aparato urinario inferior. Permite el análisis de los diferentes factores del equilibrio vesicoesfinteriano, evalúa las fuerzas presentes y por lo tanto, puede tener consecuencias para la terapéutica.

2.3.5 Técnicas de Fisioterapia en la Reeducción del Periné

La reeducación del suelo pélvico, al actuar sobre las fuerzas de retención activas dependientes de la voluntad, tiene como objetivos, restablecer la continencia de la paciente y evitar un deterioro de la estática pélvica.

La fisioterapia puede modificar significativamente la biomecánica del suelo pélvico, mediante la utilización de técnicas manuales y recursos terapéuticos como el biofeedback y la electroestimulación.

Muchos son los estudios que describen la utilización de estas técnicas y su efectividad como parte de un tratamiento conservador de la incontinencia urinaria. Asimismo muchas son las pacientes que prefieren un tratamiento no invasivo, que pueda brindarles una efectividad comprobada y duradera para el síntoma que presentan.

Friedman (2012) hace mención al tratamiento conservador acotando que:

Aunque los tratamientos quirúrgicos son ampliamente utilizados para la IUE, muchas mujeres prefieren una opción conservadora de autogestión para evitar la recurrencia a largo plazo o las posibles complicaciones devastadoras de las intervenciones quirúrgicas. Por otra parte, algunas mujeres no son candidatas a cirugía o prefiere aplazarlo (es decir, las mujeres que planean concebir). El EMSP, dispositivos vaginales, la estimulación eléctrica y agentes farmacológicos (duloxetina) son opciones conservadoras para la IUE.

Los tratamientos conservadores para la IUE demuestran ser beneficiosos, de bajo costo y con efectos secundarios mínimos. El tratamiento conservador permite a los pacientes participar activamente en el manejo de su IUE, mientras que temporal o permanentemente evitan procedimientos invasivos. De acuerdo con las directrices actuales, las modificaciones de estilo de vida (por ejemplo, reducción de peso) y los tratamientos conservadores deberían ser expuestos a todas las mujeres con IUE, como tratamiento de primera línea.

(Myoung Sung Sook, 2000) manifiestan que:

Muchos investigadores han reportado tasas de éxito del 16 - 17% usando el ejercicio de piso pélvico y han reconocido su eficacia. Con el fin de tratar con éxito la incontinencia por este método, los pacientes tienen que comprender claramente que es el ejercicio de piso pélvico, cómo funciona y dónde se localiza la musculatura del suelo pélvico. Además, la confianza de los pacientes en los efectos de este método es su clave para el éxito.

Dentro de los medios que se dispone en la terapia física para el tratamiento de la incontinencia urinaria, se encuentran: la información, la toma de conciencia, el trabajo manual intravaginal, el biofeedback, la electroestimulación, los tratamientos para modificar el comportamiento y la corrección de la estática del complejo lumbopelvicofemoral. La información y la toma de conciencia son esenciales para comenzar con la reeducación del suelo pélvico, y la garantía del éxito del tratamiento. Así mismo, el trabajo manual intravaginal es la base de la reeducación.

2.3.5.1 Información

A pesar de estar viviendo ya en el siglo XXI y de que muchos temas de los que no se hablaban antes, ahora son muchos más abiertos y discutidos; la incontinencia urinaria, todavía sigue siendo un tema poco mencionado, y el suelo pélvico, casi desconocido. Es interesante como la información solo llega mediante publicaciones en revistas femeninas

a este tipo de público, mas no es de interés para quienes son responsables en gran medida de la aparición de estos síntomas, los médicos y los fisioterapeutas.

- Información de la paciente.-

Toda la información que pueda darnos la paciente sobre su estilo de vida, trabajo, relación con su pareja, aparición de síntomas y molestias, es relevante. El primer contacto que se tiene con la paciente es justamente este, y la eficacia del tratamiento va a radicar también en el tipo de conversación que tengamos y la confianza que le inspiremos. Es indispensable conseguir la cooperación, la participación activa y el trabajo personal de la paciente para el éxito de la reeducación y el mantenimiento en el tiempo.

Con frecuencia, las pacientes llegan desmotivadas, deprimidas, y avergonzadas. La primera cita debe ser tranquilizante para la paciente, debe sentirse cómoda con quien será su guía para solucionar su problema. Se debe hacer mención a la frecuencia de este problema, así como también a la gran variedad de técnicas que dispone para solucionarlo. La ignorancia sobre la existencia del suelo pélvico es alta, por ello es necesario contar con un esquema anatómico, que pueda explicar abiertamente la función y localización de esta musculatura. Así mismo, el terapeuta, a través de un vocabulario entendible, debe expresar a la paciente los objetivos de la reeducación y la necesidad de un trabajo en equipo, para que finalmente, ella sea capaz de contraer y relajar estos músculos progresivamente sin la ayuda del fisioterapeuta.

- Información del médico prescriptor.-

A pesar de que vivimos en una sociedad con la mentalidad más abierta, muchas mujeres al no ser informadas adecuadamente en qué consiste el tratamiento fisioterapéutico, ven con cierto rechazo al tipo de intervención que se pondrá en práctica, incluso poniendo en primer plano su inclinación conservadora frente a los beneficios que les ofrece la terapia manual en este tipo de patologías. Es por eso, que es fundamental la información que le dé el médico tratante y prescriptor acerca de las ventajas de la rehabilitación Uroginecológica para la incontinencia urinaria, así se verá un menor número de deserciones en el tratamiento y de pacientes que acuden nuevamente a la terapia pero con los síntomas exacerbados.

- Información del fisioterapeuta.-

Es importante recordar que el trabajo multidisciplinario puede modificar considerablemente los resultados del tratamiento. Por ser la rehabilitación uroginecológica un método en el que se tiene más de cerca a la paciente y ella deposita toda su confianza en nosotros, es fundamental que se dialogue abiertamente de ambos lados, ya que muchas veces, los problemas uroginecológicos conllevan a problemas en la relación marital o incluso algunos de ellos pudieron haber sido desencadenados por trastornos de violencia intrafamiliar, por lo tanto cualquier información que la paciente nos sepa dar, será tomada en cuenta para el éxito de la terapia y si es necesario, ser remitida a otro especialista como un psicólogo.

Así mismo, las terapias que se realicen no deberán exceder los 30 minutos, ya que el rango de fatiga es alto en este tipo de musculatura. Además, una de las contraindicaciones para realizar este tipo de terapias, es la menstruación.

2.3.5.2 Toma De Conciencia

Para la mayoría de las mujeres no es fácil contraer los músculos del periné. Lo más frecuente es que frente a una orden verbal de contracción, esta sea débil y esté acompañada de contracciones simultáneas de otros músculos como los abdominales, aductores y glúteos. Otras en cambio, no producen ningún tipo de contracción y en ellas se hace mucho más difícil la toma de conciencia porque no se tiene conocimiento de estos músculos ni de su ubicación. Por lo tanto, lo que se comienza a hacer es ejercicios de respiración diafragmática, posicionamiento de la pelvis, una relajación introductoria para liberar a la paciente de las tensiones que genera la misma sesión, al obligar a la paciente permanecer en una posición algo incómoda. Efectuadas estas técnicas en las primeras sesiones, se pide a la paciente que en casa durante la micción, frene el chorro de orina. Así la paciente sentirá cuáles son sus músculos del suelo pélvico y las siguientes sesiones se facilitaran.

- Medios facilitadores.-

Posición: Mientras se realiza el trabajo de toma de conciencia, es fundamental que la paciente adopte una posición cómoda, que permita a la paciente un reposo de

miembros inferiores y columna lumbar. Por lo tanto, la posición idónea es la ginecológica, pero si no se dispone de este tipo de camilla, se puede hacer una modificación mediante la posición “de la rana” esto es, con las caderas flexionadas en abducción y las plantas de los pies juntas. Se recomienda que el fisioterapeuta se ubique a un lado de la paciente, para así evitar la incomodidad de la paciente, pero si aun así ella se bloquea estando en esta posición, se puede modificar a través de una posición en decúbito lateral.

Lenguaje: Como en cualquier tipo de tratamiento, el tipo de vocabulario y la visualización de imágenes que se utilicen para explicar a la paciente que es lo que debe hacer, es fundamental para el éxito de las contracciones.

Contracciones: Es primordial que durante toda esta fase, las contracciones sean submáximas, lentas y largas. La idea es que la paciente perciba sus músculos y se eviten la agregación de músculos parásitos y apneas. Para esto, la paciente debe estar muy concentrada por lo que cada contracción no durará más de 5 segundos. Al principio, el tiempo de reposo es del doble de la contracción, es decir aproximadamente 10 segundos.

Autopalpación del núcleo fibroso central del periné: Desde las primeras sesiones, es esencial que la paciente sienta la contracción y relajación de estos músculos, es por eso, que se pide a la paciente que se toque esta área del periné. Así logrará una distinción de los músculos parásitos que pueden aparecer durante estas contracciones y con la ayuda y diálogo del fisioterapeuta, mejorar la ejecución del ejercicio. La autopalpación de esta zona verifica los esfuerzos realizados y la paciente puede reforzar esta técnica mediante la utilización de un espejo en casa.

Puesta en tensión de los elevadores: Se trata de empujar hacia abajo y atrás los músculos elevadores del ano. Esto se realiza mediante las manos del fisioterapeuta, generando un estiramiento máximo de estos músculos, para después relajarlos lentamente. Este movimiento se realiza varias veces antes de pedirle a la paciente que realice una contracción voluntaria, ya que genera una percepción propioceptiva importante de esta región.

2.3.5.3 Tratamiento Manual

El tacto vaginal, es la clave durante toda la reeducación, ya que se tiene contacto directo con los músculos elevadores. A través de esta maniobra se pueden controlar contracciones parásitas e integrar la respiración a los ejercicios. Al principio es la única forma de poder percibir la contracción por parte del fisioterapeuta, pero después de la toma de conciencia, la paciente será capaz de poder realizar y modular el tipo de contracción. Las posibilidades que brinda el trabajo intravaginal, son grandes para la mejora del suelo pélvico, pero no deben ser estandarizadas ya que depende del diagnóstico y la progresión de la paciente.

Desarrollo de las cualidades musculares

La histología de los elevadores del ano, es compleja. Globalmente se puede considerar que estos músculos se componen de 60 a 70% de fibras lentas tipo I y del 30 al 40% de fibras rápidas de tipo II. Los elevadores del ano tienen un tono de base independiente de la posibilidad de contracción voluntaria. Este tono de base ejerce una acción permanente sobre la fisiopatología de la incontinencia urinaria y de los prolapsos. Es primordial en el mantenimiento del posicionamiento correcto de los órganos y de la unión cervicouretral, pues desempeña una función de soporte de vísceras. El tono de los elevadores evita la puesta en tensión permanente de los elementos fibrosos y ligamentarios. (Grosse y Sengler, 2001)

Por todas estas cualidades, los elevadores del ano, cumplen una función fundamental en el mantenimiento de los órganos contra la gravedad, es por eso que su fortalecimiento será esencial como parte del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Este papel protector es idéntico para el elemento nervioso. Las fibras nerviosas tienen también una cierta elasticidad, pero más allá de un valor límite, los daños serán permanentes. Para el suelo pélvico, este valor límite de estiramiento soportable por el nervio es del 6 al 22% (media 15%) del valor inicial. Esta situación explica sin duda la frecuencia de las parálisis periféricas cuando no se da el papel protector del tono base, como en casos de periné descendido. (Grosse y Sengler, 2001)

Es por esto, que este tono base, se trabajara mediante contracciones isométricas con resistencias submáximas. Así mismo, los elevadores del ano, participan en el ascenso y cierre de la uretra proximal, cuando captan un aumento de fuerza intraabdominal. Esta contracción del periné, se deberá trabajar mediante contracciones dinámicas con resistencias máximas.

Para el reforzamiento muscular, se deberán trabajar 3 características fundamentales:

La **fuerza**, en donde se utilizaran resistencias lo más próximas posibles a la fuerza máxima voluntaria del músculo. Los tiempos de contracción son cortos y los de recuperación, largos. Las series son breves y poco numerosas. (Grosse & Sengler, 2001)

El **endurance**, es la capacidad de reproducir una contracción con una fuerza optima, se desarrolla mediante un trabajo submáximo, tratando en lo posible de no fatigar al músculo durante el trabajo. El tiempo de trabajo es igual al de reposo, y a diferencia que la fuerza, las series son numerosas y repetidas. (Grosse & Sengler, 2001)

La **resistencia**, es la capacidad de mantener la contracción con una fuerza optima durante un tiempo prolongado, se trabaja mediante tiempos de contracción largos y con una intensidad correspondiente a $\frac{3}{4}$ de la fuerza máxima voluntaria. (Grosse & Sengler, 2001)

La efectividad de estos tres parámetros dependerá de la posición adecuada de la pelvis, de una respiración normal y de que no se produzcan contracciones parásitas. Es por esto, que durante esta actividad, la vigilancia y la guía de fisioterapeuta es importante. Además, no se puede ser tan estricto con los tiempos de contracción y de reposo, ya que la fatiga muscular será diferente entre cada paciente. Lo ideal es que se pueda cumplir con estos protocolos, pero todo dependerá incluso del tipo de respiración que tenga la paciente, es por eso que dentro de la toma de conciencia y antes de comenzar con los ejercicios específicos para suelo pélvico, se trabaje en la respiración diafragmática. Desde un inicio, se debe entrenar a la paciente para que realice contracciones breves, rápidas e intensas.

2.3.5.4 Aprendizaje De La Contracción Del Suelo Pélvico

La posibilidad que tiene la paciente de contraer el suelo pélvico, con fuerza y rapidez, se denomina automatismo del periné, este, a diferencia del tono de base que es permanente y pasivo, es un mecanismo de contracción activo y dinámico, que solo depende de la paciente. Esta simple contracción, va a determinar el éxito de la terapia de

la incontinencia urinaria, ya que a pesar de no modificar el proceso fisiopatológico, permite compensar las deficiencias de este a través del control muscular.

El trabajo principal es reeducar a la musculatura, en las situaciones que producen la pérdida de orina, es decir, situaciones de la vida diaria. Es aquí donde el fisioterapeuta, intervendrá de manera que la paciente logre contraer estos músculos, durante cambios de posiciones, cuando aumenta la presión abdominal, etc.

- Hiperpresión abdominal:

Si bien resulta nefasta durante todo el periodo de toma de conciencia, el estadio de contracción del periné sobre un suelo pélvico previamente contraído constituye un medio de <<poner a prueba>> esta musculatura del periné. Todas las contracciones parasitas (y especialmente las de los abdominales) que el terapeuta se ha esforzado en minimizar se reintroducen ahora como factor de progresión. (Grosse y Sengler, 2001)

El fisioterapeuta comienza realizando ejercicios de progresión de los músculos abdominales con cargas ligeras. Después se sobreañade la contracción del suelo pélvico, siempre con un control palpatorio del terapeuta. Estos ejercicios se terminan cuando el terapeuta nota una relajación de la musculatura pélvica, por lo tanto, estos ejercicios deberán ser progresivos pero sin exagerar. Al final de la reeducación, el suelo pélvico deberá oponerse de manera eficaz a esfuerzos grandes como la movilización de cargas pesadas.

- Rapidez

En esta parte del trabajo, se busca un reflejo condicionado, es decir, que al momento en que aparece un aumento de presión abdominal como en la tos, estornudo o cambio de posición, la paciente automatice de manera eficaz la contracción del suelo pélvico. Es un trabajo largo y repetitivo pero lo que se busca es que la paciente, de forma inconsciente logre contraer la musculatura. Al inicio del trabajo, el terapeuta previene a la paciente sobre el esfuerzo que le va a pedir que haga y la contracción concomitante a esta. Pero después, se tratará de evaluar sin que la paciente perciba que está siendo evaluada; por ejemplo le pedimos a la paciente que levante las rodillas para acomodar la almohada.

- Posiciones

La posición en decúbito supino, es en la que generalmente se trabaja con las pacientes. Pero una efectiva contracción del suelo pélvico durante esta posición, no asegura la efectividad de esta en posiciones en las cuales la gravedad juega un papel importante y en las que la paciente sufre de manera frecuente las pérdidas de orina, como es la bipedestación, o el cambio de posición de sedente a bípeda. Es por esto, que las pacientes aceptan el trabajo en una nueva posición, la bipedestación.

2.3.5.5 Tratamiento En El Domicilio

Es fundamental que se trabaje en casa lo que ya se ha aprendido en la consulta, ya que el refuerzo de estos ejercicios, darán mejores resultados en el tiempo estimado de recuperación. Además, poder aplicar las contracciones de suelo pélvico en momentos de la vida cotidiana, y poder cambiar de posición o aumentar la intensidad, será de beneficio para ella.

Para esto, en fases iniciales, como parte de la toma de conciencia, se pedirá a la paciente que durante la micción, frene el chorro de la mitad y luego reinicie la micción. Eso sí, esto se realizará únicamente como indicador, mas no como un entrenamiento habitual.

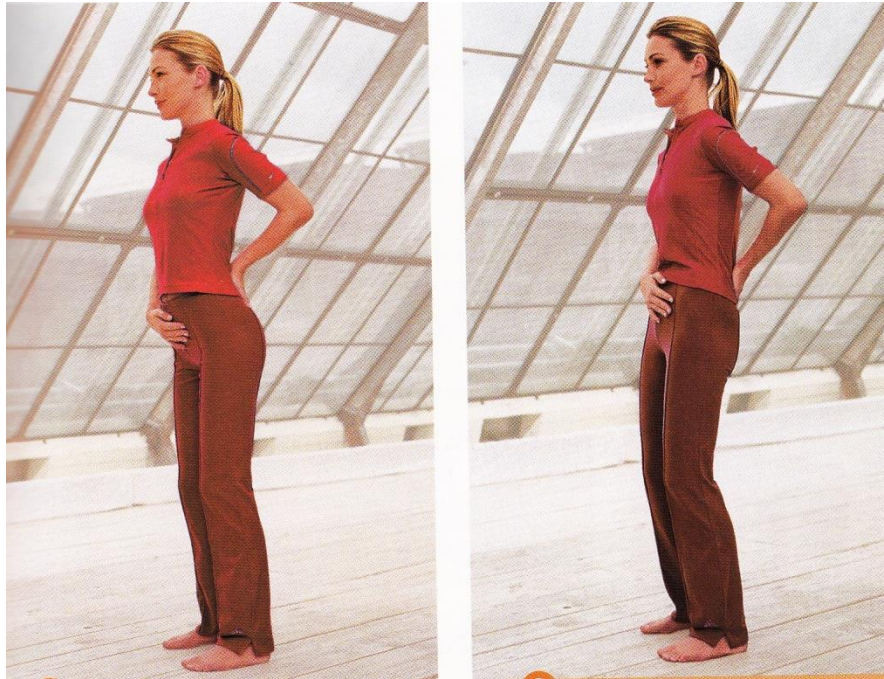
Además se complementará con ejercicios de respiración diafragmática y ejercicios para el fortalecimiento de suelo pélvico. La idea no es sobrecargar al cuerpo con ejercicios, por lo tanto, se pedirá a la paciente que realice estos ejercicios 1 o 2 veces al día para seguir consiguiendo el automatismo de contracción.

Irene Lang- Reeves y Thomas Villinger mencionan que:

Cuanto antes se empiece con el entrenamiento mejor. Los “efectos secundarios” le sorprenderán: incluso una incontinencia crónica experimentara mejoría, los problemas de espalda se atenuaran y en general se producirá una sensación de mayor fuerza y vitalidad, incluso aumentara su apetito sexual. Un entrenamiento eficaz del suelo pélvico implica, sobre todo, un empleo correcto de los músculos en la vida diaria, de tal manera que el suelo pélvico se protege y fortalece continuamente casi por sí mismo.

Estos mismos autores proponen algunos ejercicios, los cuales van a ser realizados en tres posiciones, sedente, bipedestación y en movimiento. (Ilustración 5)

Ilustración 5. Pelvis y espalda en movimiento



Fuente: Lang - Reeves y Villinger (2002)

El suelo pélvico se reactiva únicamente con una pelvis flexible. Pero para poder realizar este ejercicio, otras zonas del cuerpo deben cooperar, como es la musculatura de la espalda. El movimiento se lo debe hacer solamente en círculos pequeños, evitando mover el busto.

Lang – Reeves y Villinger (2002) describen al ejercicio de la siguiente manera:

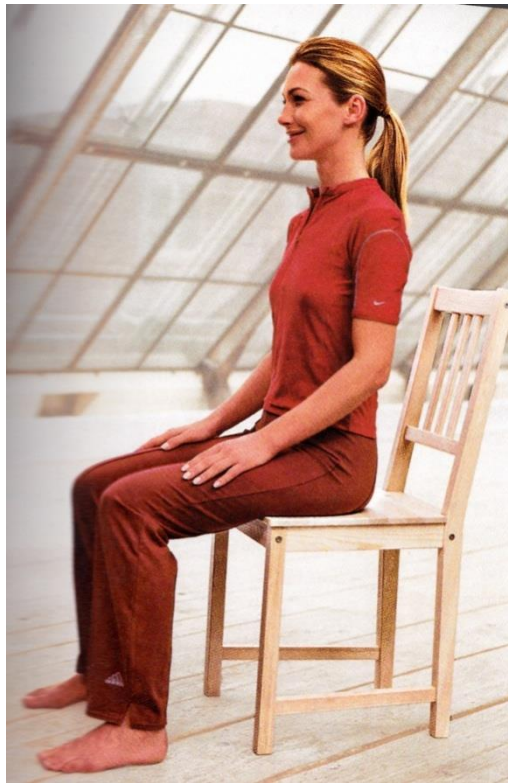
Póngase en pie, relájese, flexione ligeramente las rodillas, mantenga los pies paralelos a la altura de las caderas. Apoye las manos en la cintura, o una mano en el abdomen y la otra sobre el sacro.

Incline ligeramente el suelo pélvico hacia delante y hacia atrás, tanto como pueda y se sienta cómoda. Mientras tanto, imagínese que su suelo pélvico es como una caracola llena de agua, que vacía cuando se coloca en posición de lordosis y que vuelve a llenar cuando hace algún movimiento contrario.

Note conscientemente su pelvis, acentué el movimiento. Notara como su espalda se alarga. Ayúdese con las manos.

Otro de los ejercicios propuestos, incluye practicar y activar al suelo pélvico en posición sedente. De manera que estas posiciones se tornen tan automáticas que la paciente ni las note cuando las realice. (Ilustración 6)

Ilustración 6. Sentarse activamente: tierra y luz



Fuente: Lang - Reeves y Villinger (2002)

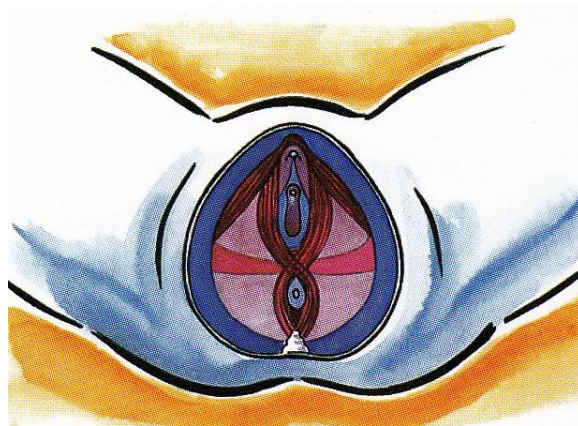
Esta posición busca una relajación muscular completa, buscando la posición erguida de la paciente. La paciente debe estar sentada sobre sus isquiones. No llevar la pelvis hacia atrás ni realizar una hiperlordosis, ya que el apoyo será en las nalgas o en los muslos, respectivamente. Los autores lo describen como si un hilo imaginario estuviera

jalando de la cabeza, haciéndola crecer. La sensación es de un alargamiento y enderezamiento del tronco. Los pies están bien asentados sobre el piso, y se puede realizar movimientos del tronco sin separar los pies ni dejando caer la cabeza. De esta manera también se logra activar al suelo pélvico.

Al referirse a la activación del suelo pélvico, los autores quieren lograr un complemento de todos los músculos. Para ello han dividido al suelo pélvico en zonas.

La zona inferior (Ilustración 7) que corresponde a la musculatura del esfínter, la cual rodea a la vagina y uretra, y la que en algunas ocasiones se ha relacionado con el ejercicio de interrumpir secuencialmente la micción.

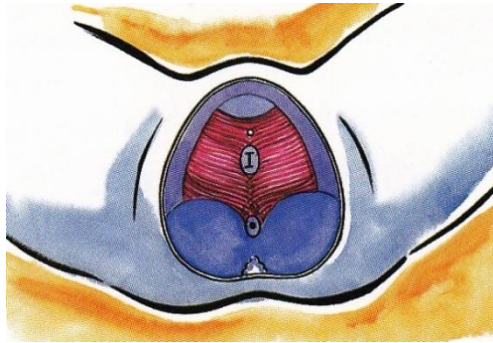
Ilustración 7. Zona inferior del suelo pélvico



Fuente: Lang - Reeves y Villinger (2002)

La zona central (Ilustración 8) constituida por el músculo del periné y que comunica los isquiones, tratando de mantener unido al suelo pélvico y soportar presiones de la parte superior como el embarazo.

Ilustración 8. Zona central del suelo pélvico



Fuente: Lang - Reeves y Villinger (2002)

Finalmente, la zona interior (Ilustración 9) que tiene forma de abanico, está situada alrededor de la pelvis e influye considerablemente en la postura de la columna vertebral.

Ilustración 9. Zona interior del suelo pélvico



Fuente: Lang - Reeves y Villinger (2002)

Ahora bien, ya que se tiene claro cuáles son las zonas que se quieren activar, las indicaciones corresponden a las siguientes:

Zona inferior: elevar

Zona central: contraer los isquiones.

Zona interior: mover la cabeza hacia arriba, el sacro hacia abajo y hacia delante; alargar y fortalecer la espalda desde la pelvis.

Como practicar correctamente: (Ilustración 10)

Sentarse en la posición básica (Ilustración 6). Al inspirar estire los brazos verticalmente hacia arriba.

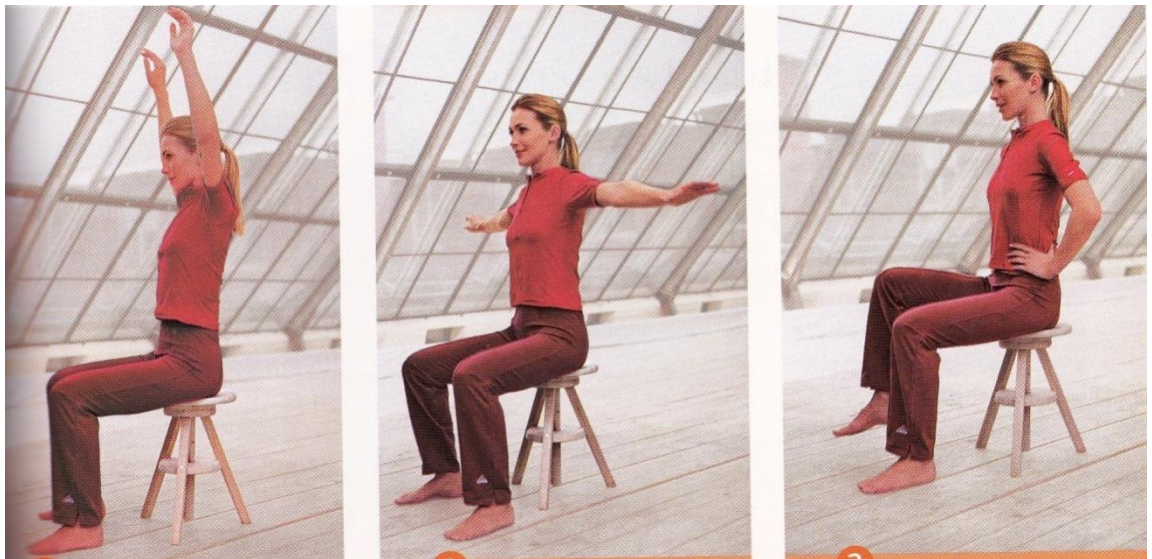
Active el suelo pélvico durante la espiración. Deje de contraer lentamente mientras inspira. Baje los brazos.

Pruebe otros movimientos de brazos. Si siente que el suelo pélvico se desvía en una posición de los brazos en concreto, practique esa posición.

Aprenda a balancearse con el suelo pélvico, flexione y eleve lentamente una pierna, tan alto como pueda, siempre y cuando pueda mantener la posición erguida.

Active el suelo pélvico mientras espira y relájelo mientras inspira. (Lang - Reeves y Villinger 2002)

Ilustración 10. Un suelo pélvico activo



Fuente: Lang - Reeves y Villinger (2002)

La activación del suelo pélvico deberá ser realizada durante todas las actividades de la vida diaria, así se logrará una musculatura más fuerte y mejorar notablemente los escapes de orina involuntarios.

2.3.5.6 Otros Métodos De Reforzamiento Muscular

2.3.5.6.1 Desbordamiento de energía

El principio de esta técnica radica en trabajar contra resistencia máxima los músculos sanos o fuertes durante 10 segundos mínimo. Esto genera el desbordamiento de energía hacia el músculo débil, generando un reforzamiento en todo el paquete muscular. Al comienzo se utiliza como una forma de despertar al músculo.

Las contracciones contra resistencia, se introducen en el entrenamiento cuando el periné ha adquirido ya un cierto tono. Para ello podemos utilizar los dedos del terapeuta que, mediante tacto vaginal con la palma orientada hacia la camilla, ejerce una fuerza que se opone al movimiento. (García M, et al. 2005)

En la incontinencia urinaria es importante que se realice una contracción lo más analítica posible de los elevadores, evitando llevar mayor presión a la vejiga. La contracción de músculos como los abdominales y los de miembros inferiores deben evitarse, tratando de no desviar la atención sobre músculos que no fortalecerían al suelo pélvico de ninguna manera. Por lo tanto para considerar que un trabajo muscular ha sido bien realizado, se busca aumentar la actividad del suelo pélvico y mantener estable la presión vesical.

Es así como lo menciona Grosse y Sengler (2001) “hay que evitar utilizar el desbordamiento de energía al comienzo de la reeducación de una IU. El desbordamiento de energía puede representar un factor de progresión solo cuando ha adquirido la toma de conciencia, en fase de contracción del periné, con un suelo pélvico ya fuerte.”

2.3.5.6.2 Conos Vaginales

Los conos (Ilustración 11) se utilizan como una alternativa para pacientes que no puedan asistir de manera regular a las terapias o en la fase de mantenimiento después de haber adquirido ya la toma de conciencia y un suelo pélvico más fuerte. Lo importante de la reeducación perineal, es no dejar de realizar los ejercicios; algunos autores aclaran que

dejar de fortalecer al suelo pélvico en casa, genera nuevamente problemas en esta zona entre las 10 y 20 semanas de inactividad. (García M. et al. 2005)

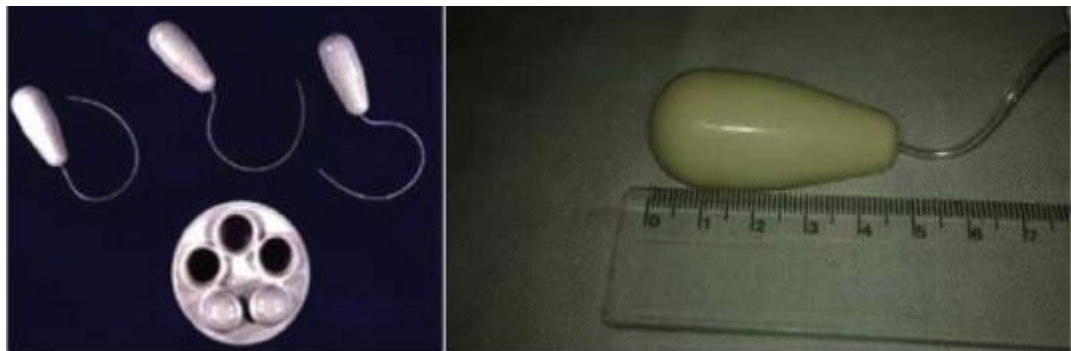
Herbison P, Plevnik S, Mantle J.(2003) en su estudio mencionan que:

Los conos pueden ser útiles para el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, pero la fuerza que debe equilibrarse a través de la contracción muscular del suelo pélvico dependerá del ángulo vaginal de cada mujer. Por lo tanto, es posible que el peso del cono que se puede retener no sea una buena medida de la resistencia muscular del suelo pélvico.

Algunas de las desventajas de la utilización de los conos es que se pueda generar una fatiga muscular por el tiempo recomendado de aplicación (15 min, 2 veces al día), además, pocas son las mujeres que aceptan este instrumento fuera de la consulta, principalmente por la incomodidad que les causa durante la aplicación y el tiempo de sostén, que al principio se lo debe realizar en posición ortostática con el cono de menor peso hasta finalmente llegar a bipedestación con el cono de mayor peso.

Pereira VS, et al (2013) encontraron en su estudio que “hubo una disminución significativa de la pérdida urinaria en el grupo tratado con conos vaginales y con entrenamiento del piso pélvico comparando valores al final del tratamiento, 3 y 12 meses después a los valores basales.”

Ilustración 11. Conos Vaginales



Fuente: Milhem J. 2011

Milhem J, et al. (2011) mencionan en su estudio que:

La mayoría de los autores recomiendan un uso pasivo de esta técnica. En nuestro estudio, los conos se utilizaron en dos fases diferentes, pasiva y activa, para estimular el uso de los tipos de fibras musculares I (lento) y II (rápido). En la fase pasiva, fibras de tipo I fueron estimuladas cuando las contracciones se prolongan. Sin embargo, en la fase activa y durante los ejercicios propuestos por Kegel, hubo un aumento en el uso de fibras de tipo II.

En conclusión, el uso de conos vaginales en la fase pasiva, como otros investigadores han hecho, ha sido eficaz. La inclusión de la fase activa induce una mejoría adicional en todos los parámetros del estudio para las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

2.3.6 Indicaciones del Tratamiento de Fisioterapia

Dentro de las indicaciones para la intervención del fisioterapeuta, se encuentran las incontinencias urinarias de esfuerzo puras, es decir, esas fugas en chorro que no son precedidas por sensación de necesidad y que ante algún esfuerzo se desencadena.

En las incontinencias mínimas, se recomienda una primera prescripción de 10 a 15 sesiones para la reeducación. Como se ha recalcado durante todo el trabajo, la toma de conciencia es la parte más importante de la reeducación, y se deberá hacer énfasis en este para que se logre el éxito de la terapia. Una vez lograda la toma de conciencia, y teniendo en cuenta como está dicha musculatura, se procederá a una segunda serie de 10 a 15 sesiones para mejorar los resultados. Si no se encuentran resultados a partir de la primera serie, se deberá optar por otro tratamiento médico o quirúrgico.

Igualmente, las incontinencias de esfuerzo de gravedad media, son una clara indicación para la reeducación del periné. En este tipo de incontinencia, los escapes son regulares ante esfuerzos pequeños, la paciente está siempre con protección.

En la incontinencia de esfuerzo grave, las pérdidas de orina se manifiestan con el simple cambio de posición. Es importante el test muscular que se realiza, ya que si se encuentra una puntuación de 0 en los elevadores, no habrá ninguna opción de mejoría con la terapia física. A diferencia de esta, si se encuentra una puntuación de 1 o 2, se puede comenzar una rutina de fortalecimiento que podría tener grandes posibilidades de curación.

Otra de las indicaciones es la inestabilidad vesical, también se la conoce como urgencia miccional, se desencadena por una necesidad imperiosa de ir al baño. Esta patología se debe a la hiperactividad del detrusor, para lo cual, se deben realizar algunos exámenes médicos específicos, que indicaran el origen de esta alteración. Si con tratamiento farmacológico, no se logra controlar al músculo, se interviene a través de la electroestimulación y la búsqueda de fuerza muscular en el suelo pélvico.

La incontinencia urinaria mixta también figura dentro de las indicaciones para reeducación del suelo pélvico. Este tipo de incontinencia es muy frecuente y conjuga la incontinencia por esfuerzo más la incontinencia por inestabilidad vesical.

Los prolapsos se los resuelve siempre quirúrgicamente, lo que la fisioterapia da, es un soporte post operatorio, para que se pueda fortalecer los músculos que sostienen los órganos intrapélvicos.

A lo largo del embarazo, es importante integrar ejercicios de control respiratorio y preparación para el parto, pero la reeducación en si, se la realizara únicamente a las mujeres en riesgo, es decir aquellas que han presentado incontinencia urinaria desde el inicio del embarazo o una incontinencia transitoria que no se haya tratado después de un parto anterior.

La terapia física, interviene también en el ámbito preventivo, por lo tanto, las mujeres después del parto, son candidatas al fortalecimiento del suelo pélvico, para evitar futuras incontinencias con un próximo embarazo o incluso después, en la menopausia.

2.3.7 Hipótesis

Las técnicas manuales de fortalecimiento de suelo pélvico, influyen positivamente como método curativo en las mujeres que padecen incontinencia urinaria de esfuerzo mínima.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Número de años de una persona		# de años	Nominal
Ocupación	A que se dedica la persona en su tiempo libre.			Nominal
Número de embarazos	El número de veces que se ha quedado embarazada		0, 1, 2 , 3 o más de 3	Ordinal
Número de partos normales	Partos que han sido por vía vaginal.		0, 1, 2 , 3 o más de 3	Ordinal
Numero de cesáreas	Nacimiento de un niño por intervención quirúrgica abdominal.		0, 1, 2 , 3 o más de 3	Ordinal
Incontinencia mientras tose, estornuda o ríe	Escape de orina involuntario al toser, estornudar o reír.		Nunca, A veces, Siempre	Nominal
Incontinencia durante actividad sexual	Escape de orina involuntario durante las relaciones sexuales		Nunca, A veces, Siempre	Nominal
Ropa interior absorbente	Uso diario de ropa interior absorbente.		Si, No	Nominal
Afectación en la calidad de vida	La incontinencia ha afectado los momentos cotidianos de su vida, como son lo social, lo personal y lo laboral.		Si, No	Nominal
Sentimiento de inseguridad y	La incontinencia urinaria la ha		Nunca, A veces,	Nominal

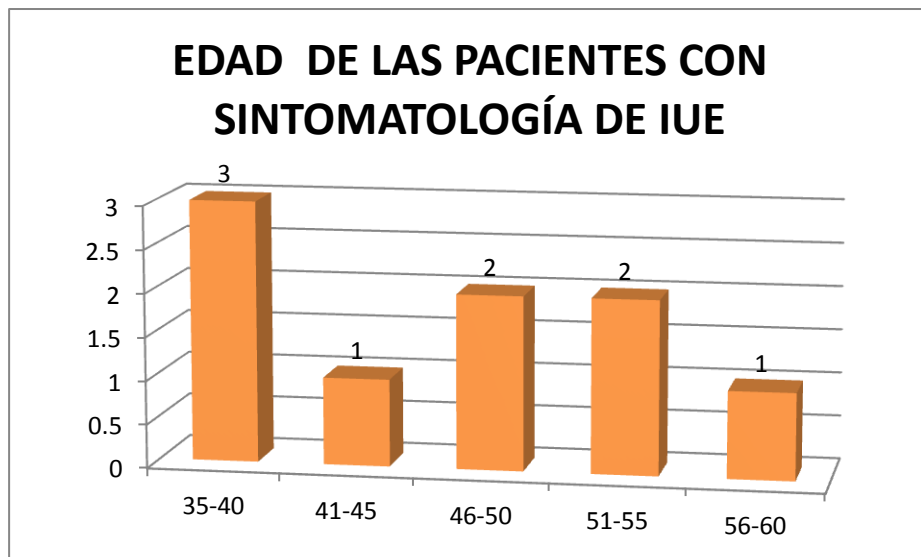
frustración	llevado a momentos de inseguridad y frustración.		Siempre	
Efectividad	Efectos positivos de la terapia manual constatado por la paciente en cuanto a disminución de las pérdidas de orina.	Fuerza	0, 1, 2 ,3, 4, 5	Ordinal

CAPITULO III: RESULTADOS Y CONCLUSIONES

3.1 Resultados

La hipótesis que se plantea en este estudio investigativo establece que: Las técnicas manuales de fortalecimiento de suelo pélvico, influyen positivamente como método curativo en la calidad de vida de las mujeres que padecen incontinencia urinaria de esfuerzo mínima. Dicho enunciado se procederá a probar, a través del análisis de las variables puestas en consideración dentro de este documento, y obtenidas de los registros de seguimiento de las pacientes del centro KinéSanté.

Gráfico 1 : Edad de las pacientes que presentan la sintomatología



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Carolina Serrano G.

Dentro del estudio, se tomó en cuenta a las pacientes con edades comprendidas entre los 35 y 60 años. En el gráfico podemos observar que las mujeres entre los 35 y 40 años representan el 34% del total de mujeres con la sintomatología. Varios estudios mencionan que la IUE se va agudizando conforme transcurren los años.

A pesar de que la edad de aparición de la IUE más común es entre los 45 y 49 años, se ha reportado esta patología en el 12.4% de las mujeres de 40 años o menos. (Mazariegos, 2013)

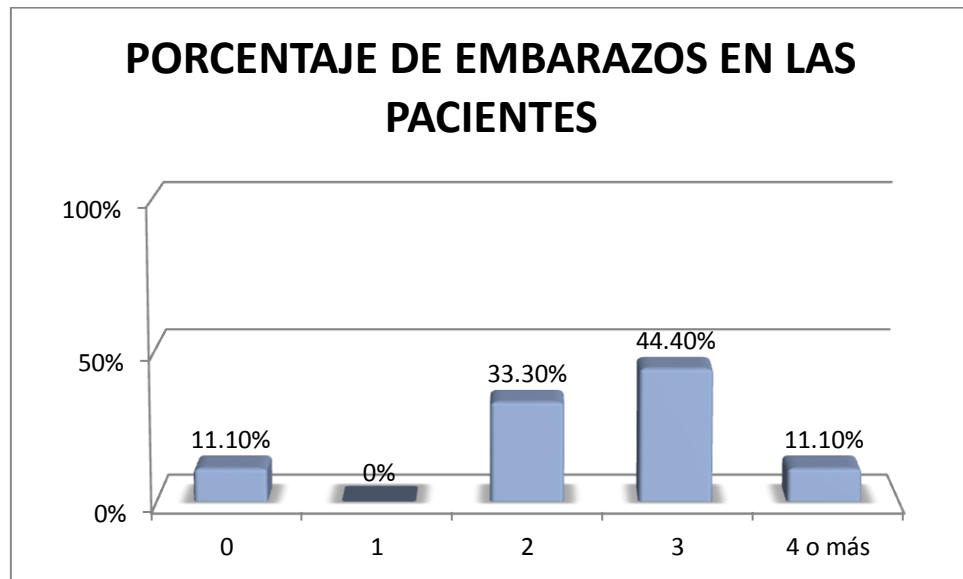
En las mujeres jóvenes y de edad media predomina la incontinencia de esfuerzo y en las mujeres mayores es común la incontinencia mixta. (Wein, Kavoussi, Novick, & Partin, 2008)

La prevalencia de IU se incrementa con la edad, con tasa típica en la población joven (20 – 30%), aumento en la etapa adulta (prevalencia de 30 – 40%) e incremento sostenido en la población de mayor edad (prevalencia de 30 – 50%). (Magaña, Ramos, & Valero, 2007)

En Gran Bretaña, Alemania y Francia, un estudio realizado a través de una encuesta sobre incontinencia urinaria en mujeres mayores de 18 años reportó prevalencias de 42, 44 y 41% respectivamente. (Magaña, Ramos, & Valero, 2007)

La Universidad de Guadalajara encuestó a 352 mujeres entre 15 y 85 años, y encontró que 27.8% reconocía padecer incontinencia urinaria. En la ciudad de Monterrey, el estudio Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana, realizado en el Hospital Universitario Dr. José E. González, reveló que al cumplir los 30 años se estima que cerca de la tercera parte de todas las mujeres tiene algún grado de incontinencia urinaria. La estimación de estas cifras podría ser mayor ya que existen muchas personas que no aceptan tener este problema. (Aguilar, 2010)

Gráfico 2: Porcentaje de embarazos en las pacientes



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Carolina Serrano G.

El embarazo forma parte de la sexualidad de las mujeres y es considerada una etapa normal por la que pasan la mayoría de ellas. Por la anatomía femenina, el embarazo es considerado un factor de riesgo importante para el desarrollo de la IU.

Además de a la edad y a otros factores personales, la IU se ha atribuido al embarazo y al parto, de forma que se considera que la IU durante el embarazo predice la IU en el posparto y se asocia significativamente a la IU a los 5 años del parto. (Ruiz, Domènech, & Espuña, 2006)

El mecanismo por el cual el embarazo en sí mismo puede ser un factor de riesgo para la IU posparto se podría explicar por factores mecánicos como la sobrecarga que supone el útero gestante sobre las estructuras del suelo pélvico (músculos y fascia), por cambios en el tejido conjuntivo (disminución de colágeno) y por la reducción del tono muscular que el propio embarazo produce. (Ruiz, Domènech, & Espuña, 2006)

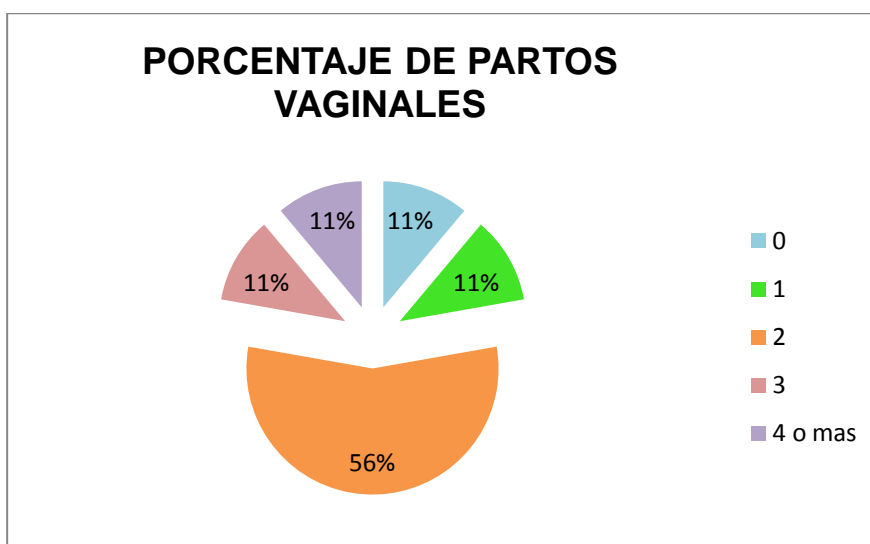
La incontinencia durante el embarazo tiene una prevalencia entre el 31% y 60% pero se resuelve en la mayoría de los casos. (Wein, Kavoussi, Novick, & Partin, 2008).

En el presente estudio se observa que la mayoría de mujeres con IUE son aquellas que han tenido 3 embarazos (45%), seguidas por las de 2(33%).

La incidencia anual de IU en las mujeres oscila entre el 2 % y el 11 %; la incidencia máxima se da durante el embarazo. Las tasas de remisión completa de la IU varían entre el 0 % y el 13 % y la tasa más alta de remisión se produce tras el embarazo. (Schröder, y otros, 2009)

Gorbea Chávez et al (2011) explican que la pérdida de orina durante el embarazo aumenta en frecuencia: en etapas tempranas es de 17 a 25% y en etapas posteriores de 36 a 67%. Esto puede explicarse por los cambios fisiológicos del aparato urinario en este periodo, caracterizado por aumento de 50% en la filtración glomerular y de 60 a 80% en el flujo plasmático renal.

Gráfico 3: Porcentaje de partos vaginales en las pacientes



Fuente: Cuestionario

Elaborado por: Carolina Serrano G.

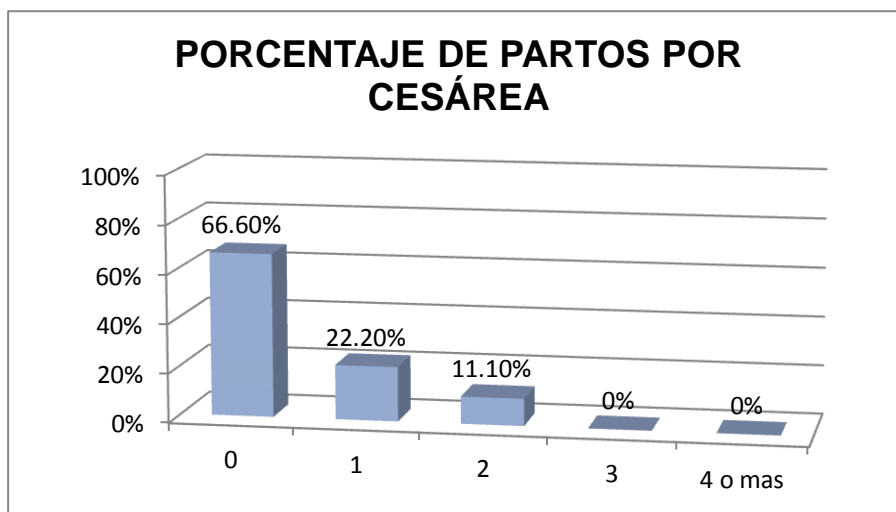
La IU se ha atribuido a distintos factores, entre ellos, el tipo de parto que presente la mujer, puede ser determinante.

El parto provoca lesiones músculo-aponeuróticas y neurológicas perineales durante el periodo expulsivo. Además los esfuerzos realizados actúan directamente sobre la musculatura del suelo pélvico. (Outeiriño, Pérez, Duarte, & Navarro, 2007)

Tanto el antecedente de haber tenido hijos como el modo en que se produjo el parto, en particular el parto vaginal y la obstrucción fetal, fueron implicados como factores de riesgo de desarrollo de incontinencia. (Wein, Kavoussi, Novick, & Partin, 2008)

La mayoría de pacientes han tenido 2 partos por vía vaginal, constituyendo el 56% del total de la muestra.

Gráfico 4: Porcentaje de partos por cesárea



Fuente: Cuestionario

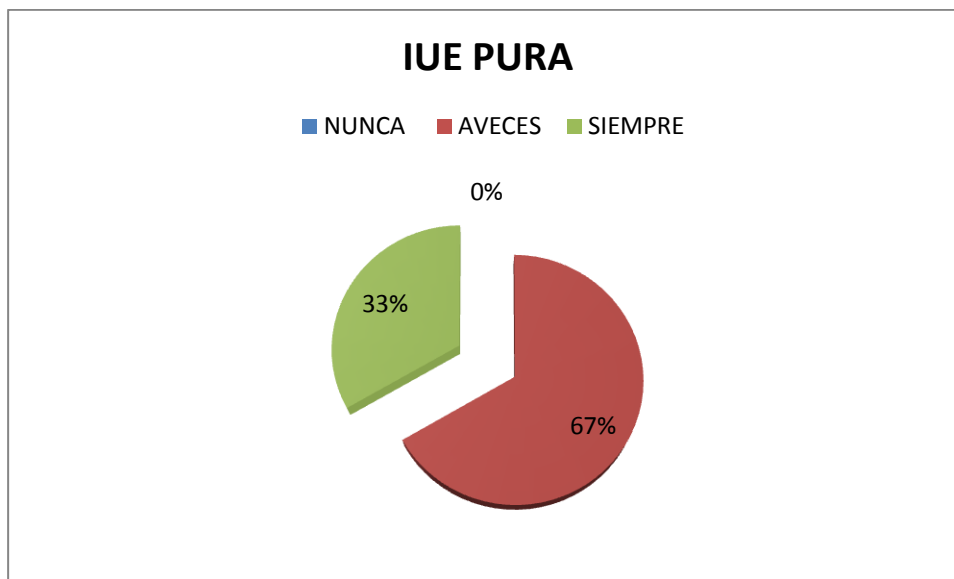
Elaborado por: Carolina Serrano G.

A pesar de que el embarazo por si solo ya es un factor de riesgo, se cree que el parto por cesárea no constituye un mayor riesgo para padecer IUE, pero Robles (2006) desmiente esto mencionando que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen un

riesgo mayor de IU que las nulíparas (prevalencia 10,1%), pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24,2%).

En el presente estudio, más de la mitad de las pacientes han tenido a sus hijos por parto vaginal, encontrándose que un alto porcentaje (67%) no han sido intervenidas quirúrgicamente para dar a luz mediante una cesárea.

Gráfico 5: Pacientes con IUE pura



Fuente: Cuestionario

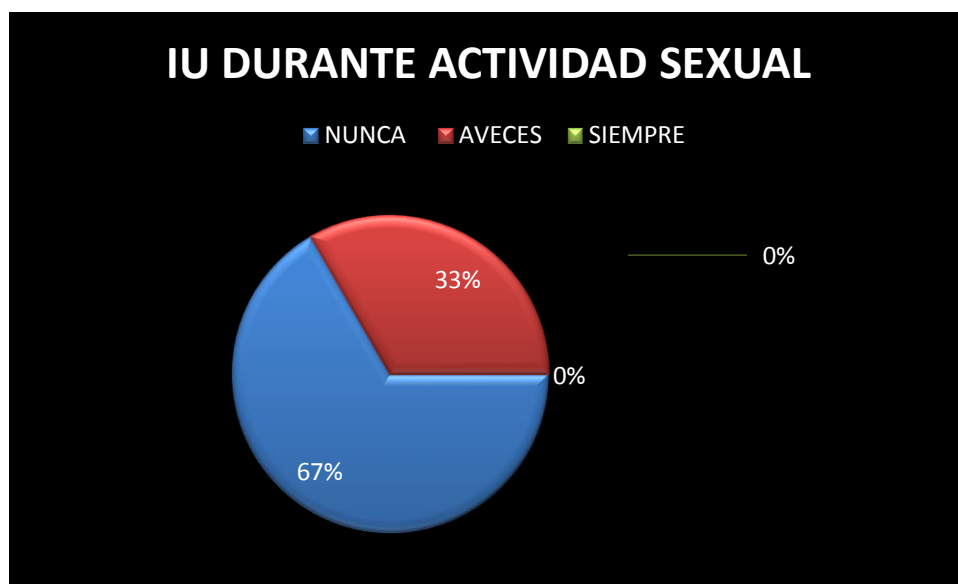
Elaborado por: Carolina Serrano G.

Durante la recolección de datos, se pudo observar que un porcentaje alto de pacientes presentan escapes de orina frente algún esfuerzo. Los esfuerzos a los que se hace referencia se dan al toser, al estornudar, al subir gradas o al levantar algún tipo de peso. El 67% de las paciente dice sentir a veces una fuga urinaria al realizar algún esfuerzo, mientras que el 33% dice que siempre presenta esta fuga.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más frecuente en las mujeres entre 25 y 65 años de edad. En su forma pura, constituye hasta la mitad de todas las pacientes que la padecen. La gran mayoría de las pacientes con incontinencia urinaria reportaron síntomas de esfuerzo (54.3%), prevalencia similar a la reportada por Martínez Espinoza (58%), Hannestad (53%) y Hunskaar (Alemania 40%, España 39%, Inglaterra 41%). (Magaña, Ramos, & Valero, 2007)

En un estudio sobre la prevalencia de incontinencia urinaria en las mujeres de Chile, se encontró que del total de 18 mujeres que refieren tener incontinencia de orina, el 46% manifiesta síntomas de IU mixta y 40% de incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) y un porcentaje más pequeño urgeincontinencia (UI). (Harwardt T, 2003)

Gráfico 6: IU durante la actividad sexual



Fuente: Cuestionario

Realizado por: Carolina Serrano G.

Un estudio realizado por la Universidad del Valle demostró que el 81% de las pacientes con incontinencia urinaria tenía escape de orina durante la relación sexual. (Diario El Universal, 2011)

Lamentablemente, la IU es un problema que trae consigo molestias no solo físicas sino también personales. El mismo estudio mostró que más del 50% de personas con incontinencia urinaria no consultan al urólogo y que entre un 30% y 40% evitan abordar este tema por vergüenza.

Algunas pacientes optan por limitarse a las actividades en su hogar, y no vuelven a asistir a ningún evento social. Además el presentar escape de orina durante la actividad sexual ocasiona alteraciones en la autoestima. (Diario El Universal, 2011)

“Los estudios que comparan la salud sexual de las mujeres con incontinencia urinaria con quienes no la tienen, muestran como las primeras presentan una disminución marcada en su funcionamiento sexual en todos los aspectos, que incluyen el deseo, la excitación y la satisfacción global”, afirmó el urólogo, Hugo López, miembro de la Sociedad Colombiana de Urología. (Diario El Universal, 2011)

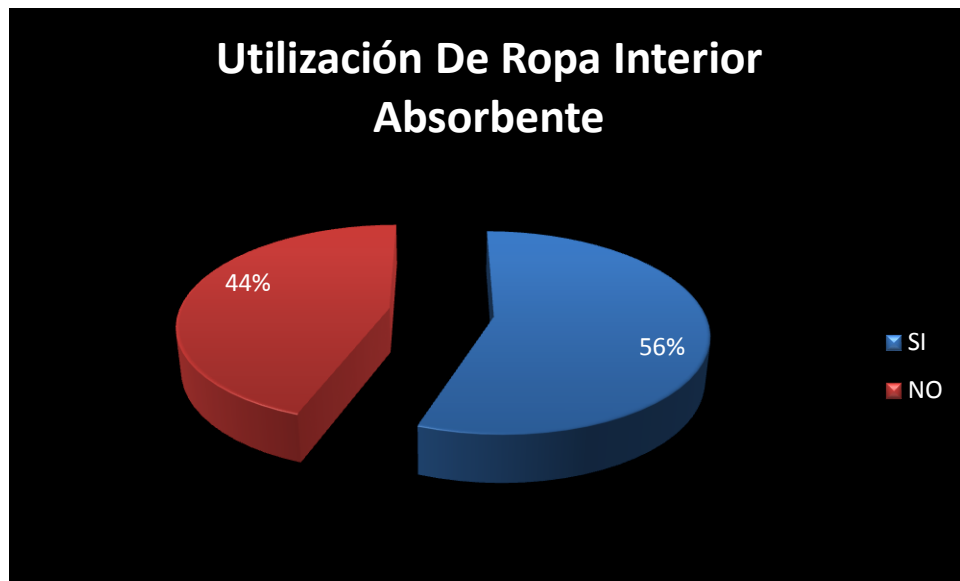
Así mismo, en un portal web, donde se habla sobre la cifra alarmante de mujeres con incontinencia urinaria en España, se manifiesta que el 30% de las mujeres que padece incontinencia urinaria reconoce que no mantiene relaciones sexuales por este problema. Esta cifra aumenta en el caso de las mujeres con problemas de incontinencia y que no tienen pareja estable. (Kioskea , 2013)

La posibilidad de desprender un olor corporal desagradable para la pareja y la dificultad de tener una imagen corporal "deseable" provoca que se busquen excusas para no mantener relaciones. Sólo el 10% de las mujeres incontinentes reconoce tener pérdidas de orina durante el acto sexual. (Kioskea , 2013)

Lo corrobora también Curá de Rosa (2004) al mencionar que las mujeres que padecen incontinencia urinaria suelen presentar altos niveles de depresión y problemas en sus encuentros sexuales debido a una disminución del apetito sexual y a la incapacidad para relajarse, lo que produce dificultad para experimentar el orgasmo con la consiguiente pérdida de interés en las relaciones sexuales.

En el presente estudio, solo un porcentaje bajo, es el que padece de IU durante la actividad sexual, lo que agrava la situación de la paciente y asegura un deterioro rápido de la calidad de vida, por lo que el tratamiento en estas pacientes debe ser minucioso.

Gráfico 7: Utilización de Ropa interior absorbente



Fuente: Cuestionario

Realizado por: Carolina Serrano G.

Una de las medidas tomadas por las pacientes que padecen de IU, es la utilización de ropa interior absorbente. En muchos estudios, se hace referencia sobre el alto costo económico que implica la IU. Sin embargo, la mayoría de mujeres prefieren la utilización de este tipo de accesorios, antes de consultar a un especialista sobre su condición.

En un estudio realizado en España, se muestra que el consumo de absorbentes generó en 1996 un gasto de 25.685 millones de pesetas, lo que representa el 3,2% del importe total de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. En el período 1990-1996 el uso de envases se duplicó y el importe se incrementó en un 161,3%. Se apreció que las partidas más importantes del gasto son los cuidados rutinarios del paciente y las estancias hospitalarias, mientras que el diagnóstico y el tratamiento sólo representan un 2% del gasto total. Más de un 90% del coste de los cuidados rutinarios es debido al consumo de accesorios, principalmente la utilización de absorbentes. (Torre Lozano EJ, 2003)

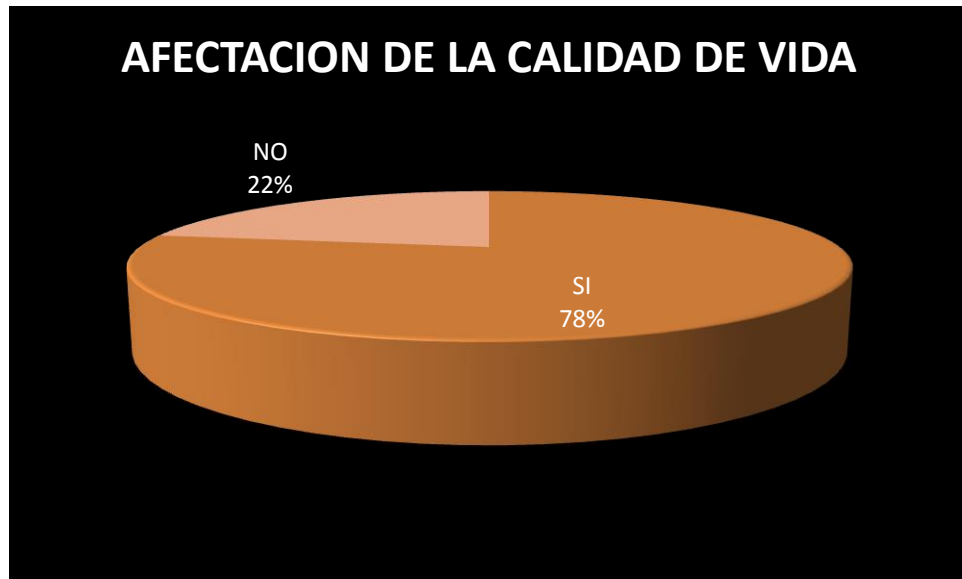
Así mismo, en una publicación del Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Granada (2013), se menciona que los absorbentes de incontinencia urinaria conllevan una

importante inversión presupuestaria, que sólo en Andalucía se eleva a más de 40 millones de euros y alrededor de 850.000 unidades dispensadas al año.

Por estos gastos incurridos por los Sistemas de Salud de muchos países, es que se busca mejorar la calidad de vida mediante la prevención y la detección temprana de patologías como la IU. La utilización de este tipo de absorbentes implica ya para la paciente una incomodidad, ya que se los debe cambiar constantemente, y se corre el riesgo de que se generen malos olores por la acumulación de orina con posibles complicaciones como infecciones de vías urinarias y dermatitis.

En el grafico que se presenta, se puede observar que el porcentaje de pacientes que utilizan este tipo de protecciones es de 56% frente al 44% que no lo utiliza. Aun así el porcentaje es alto, y a pesar que muchas de las pacientes no lo mojan, la sensación de seguridad que sienten es lo que les motiva a su utilización.

Gráfico 8: Afectación de la calidad de vida



Fuente: Cuestionario

Realizado por: Carolina Serrano G.

Este es uno de los puntos más importantes a analizar, los datos obtenidos en este gráfico se recogieron del cuestionario y por lo tanto son resultado de la percepción de la paciente. La IU deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece. Muchas mujeres evitan salir de casa por miedo a sentirse incómodas al presentar algún tipo de fuga urinaria.

Ardila (2003) define en una de sus publicaciones a la calidad de vida como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

Haciendo referencia a la calidad de vida, la OMS la define como un concepto amplio, multifacético, que incorpora aspectos físicos, psicológicos y sociales y envuelve la percepción del individuo sobre su condición, en el contexto cultural en que él vive. (Leroy & Lopes, 2012)

Es por tal motivo, que el estudio busca analizar la afectación que tiene la IUE en las pacientes, y como su vida puede mejorar tanto en el aspecto recreativo (salir con la familia a disfrutar un día de playa), en lo social (distraerse un momento con amigas en una cafetería, sin controlar la cantidad de líquidos que ingiere) y en lo personal (vida íntima con la pareja) mediante las técnicas manuales para fortalecimiento de suelo pélvico.

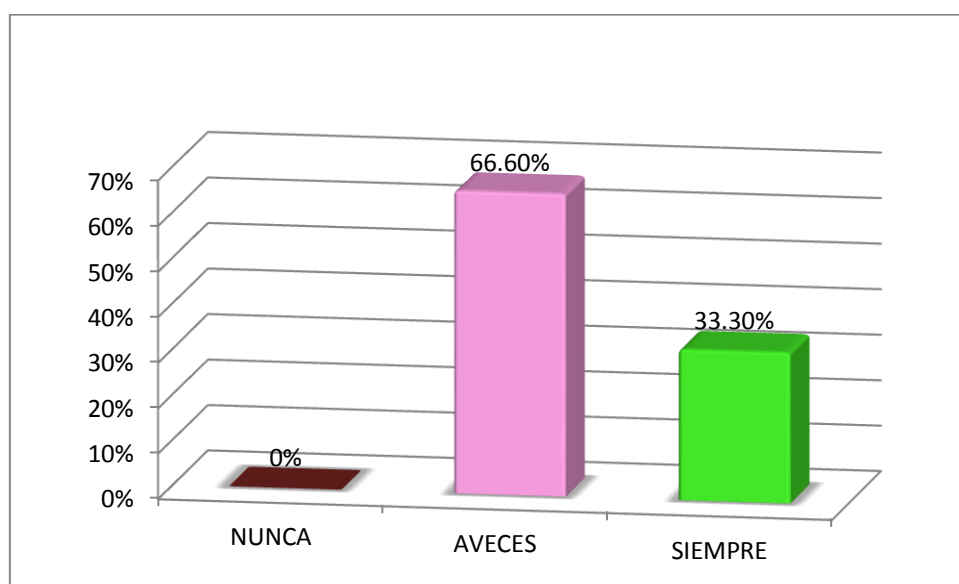
Estos aspectos son de gran importancia, ya que son alrededor de ellos que las mujeres que sufren IUE se desenvuelven. No solo su vida social, sino también sus actividades laborales se distorsionan. Son mujeres que por miedo a sufrir algún traspies en el puesto de trabajo, prefieren cuidar la cantidad de agua que beben, van al baño constantemente para evitar una fuga. En la vida íntima, son mujeres que prefieren no tener relaciones sexuales con su pareja por el miedo de presentar incontinencia, o que tienen que buscar toallas absorbentes para colocarlas en la cama.

En el estudio realizado, el porcentaje de mujeres que afirmó ver afectada su vida, es muy alto (78%), frente a un escaso 22% que no la ven limitada. A pesar de ello, no se debe pasar por alto a este reducido número de pacientes, ya que el momento en que la mujer llega a sentir una limitación de esta magnitud, el problema se torna mucho mayor, ya que comienzan a aparecer dificultades de autoestima e inseguridad.

Tal como lo corrobora (Harwardt T, 2003) al mencionar que la IU no sólo tiene un impacto físico en quien la padece, sino que involucra también aspectos psicológicos, sociales, laborales, familiares, sexuales y económicos.

Todas las publicaciones sobre IU, hacen referencia al problema enorme al que están sujetas las mujeres que la padecen. Y es lamentable que solo un pequeño porcentaje de estas pacientes pidan ayuda cuando han visto decaer su calidad de vida. Justamente es la vergüenza o la creencia de que es un proceso fisiológico normal en la mujer y que aparece con el transcurso de los años.

Gráfico 9: Sentimiento de Inseguridad y Frustración al presentar IU



Fuente: Cuestionario

Realizadas por: Carolina Serrano

No es necesario tener grandes pérdidas de orina o que estas sean constantes para que aparezcan este tipo de sentimientos. Como se puede observar en el gráfico, todas las pacientes han presentado en algún momento sentimientos de inseguridad y frustración. Dentro de los resultados se encuentra un 44% de pacientes que siempre se sienten así, y el 56% que ha tenido en alguna etapa estos sentimientos, lo que es interesante, ya que en contraste, ninguna contestó que NUNCA ha sentido esta sensación.

Curá de Rosa (2004) manifiesta que muchas de las afectadas se niegan a alejarse de su entorno familiar por temor a enfrentarse a situaciones embarazosas limitando sus tareas habituales y su independencia, lo que conlleva un progresivo aislamiento social, así como sentimientos de inseguridad, tristeza y depresión.

Así mismo, Pfizer (2012) publicó algunos de los temas tratados en un congreso en Córdoba sobre IU, respecto a los aspectos psicológicos, se ha demostrado que las personas que padecen esta disfunción, sufren un aumento de episodios depresivos, disminución de la calidad del sueño, autoestima más baja o aislamiento social. Este

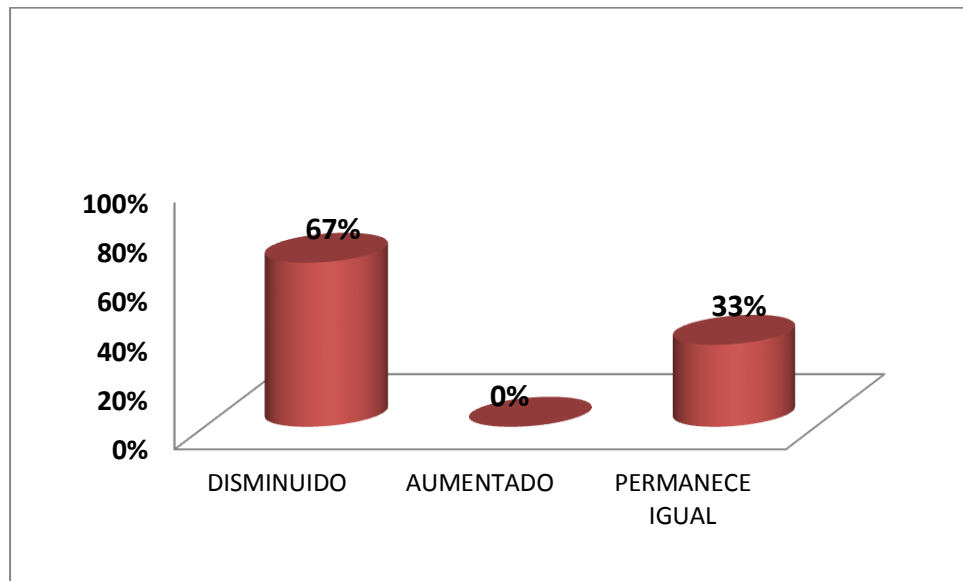
trastorno también lleva asociado un fuerte impacto emocional para el paciente, ya que dificulta sus relaciones sociales y sexuales e influye negativamente en su entorno familiar.

Ramage-Morin, Gilmour (2013) publicaron que en Canadá no solo se presentan estas sensaciones en quien padece IU, sino que el impacto que tiene esta patología en la calidad de vida de estas personas, se ve reflejada en momentos de soledad.

Así mismo (Magaña, Ramos, & Valero, 2007) mencionan que el impacto de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la autoestima limita a la paciente desde el punto de vista social y personal; lo que tarde o temprano deriva al aislamiento y reduce de forma importante su calidad de vida. Lamentablemente gran parte de las mujeres que padecen incontinencia urinaria no buscan atención médica 25% en Estados Unidos y 33% en Europa.

La mayoría de las pacientes buscan atención sólo cuando los síntomas se vuelven más severos. Este retraso en la búsqueda de la atención médica posiblemente se debe tanto a la vergüenza que origina el padecimiento en la paciente, como a la falta de conocimiento acerca de esta patología. Muchas mujeres suponen que la incontinencia urinaria de esfuerzo forma parte normal del proceso de crecimiento y que no existe alguna otra alternativa de tratamiento que la cirugía. (Magaña, Ramos, & Valero, 2007)

Gráfico 10: Pérdida de orina al finalizar el tratamiento



Fuente: Cuestionario

Realizado por: Carolina Serrano G.

Finalizado el tratamiento, se procedió a evaluar la musculatura de las pacientes un mes después de la última sesión de fortalecimiento, además se preguntó a la paciente, su percepción sobre la pérdida de orina actual, en relación al inicio del tratamiento, encontrándose los siguientes resultados: el 67% de las pacientes manifestó sentir una mejoría notable, ya que la pérdida disminuyó. El 33% manifestó no sentir ningún cambio, la pérdida es la misma.

Cuando se finalizaron las sesiones con las pacientes, se puso en claro que el fortalecimiento de la musculatura de suelo pélvico debe ser constante, los ejercicios aprendidos en el consultorio, deben siempre ser practicados continuamente hasta que lleguen a pasar desapercibidos por la paciente y formen parte automática de momentos en los que la presión intraabdominal aumente para evitar la fuga urinaria.

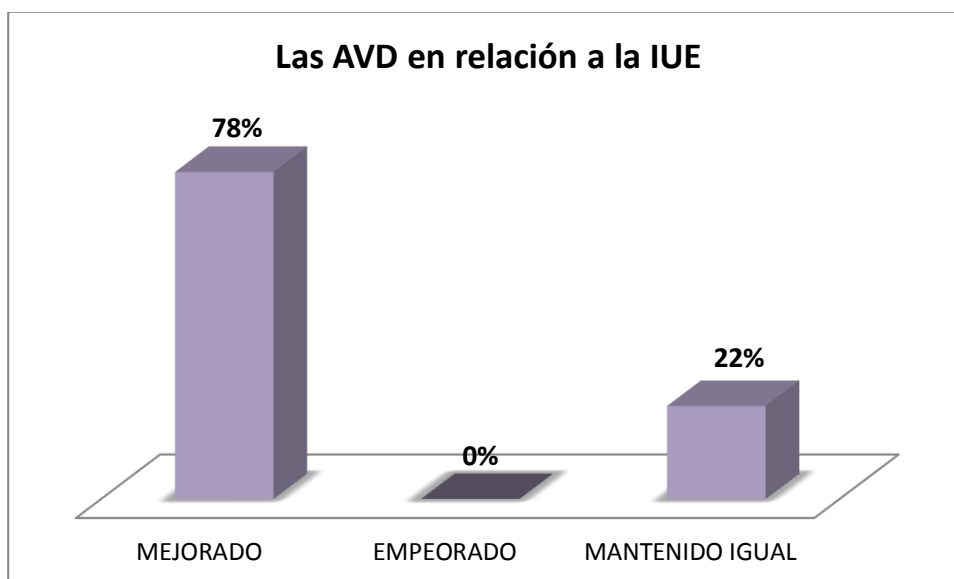
Hay pruebas suficientes acerca de que el EMSP es eficaz en la reducción de la pérdida involuntaria de orina en pacientes con incontinencia de esfuerzo, también a largo plazo. El 25% de las mujeres siguen sin mojar después de 5 años, mientras que 2/3 de

ellas indican por el seguimiento que están muy satisfechas con su estado actual y que no desean más tratamiento. (Berghmans, 2006)

Hay-Smith, Dumoulin (2005) reportaron que el EMSP es mejor que ningún tratamiento, fármaco de placebo o tratamientos de control inactivo para las mujeres con incontinencia de esfuerzo, de urgencia o mixta. Las mujeres tratadas con EMSP tuvieron mayor probabilidad de informar curación o mejoría, y tenían menos episodios de pérdida por día que los controles.

Los resultados publicados indican que las técnicas manuales son efectivas para tratar las pérdidas de orina por esfuerzo, y estos resultados son sustentados con la evidencia encontrada en estudios similares. Las mujeres que practicaron los ejercicios en casa y fueron regularmente a la terapia, notaron una disminución en las pérdidas de orina tras finalizar el tratamiento.

Gráfico 11: Relación entre AVD e IUE posterior al tratamiento



Fuente: Fichas de evaluación realizadas en el Centro KinéSanté

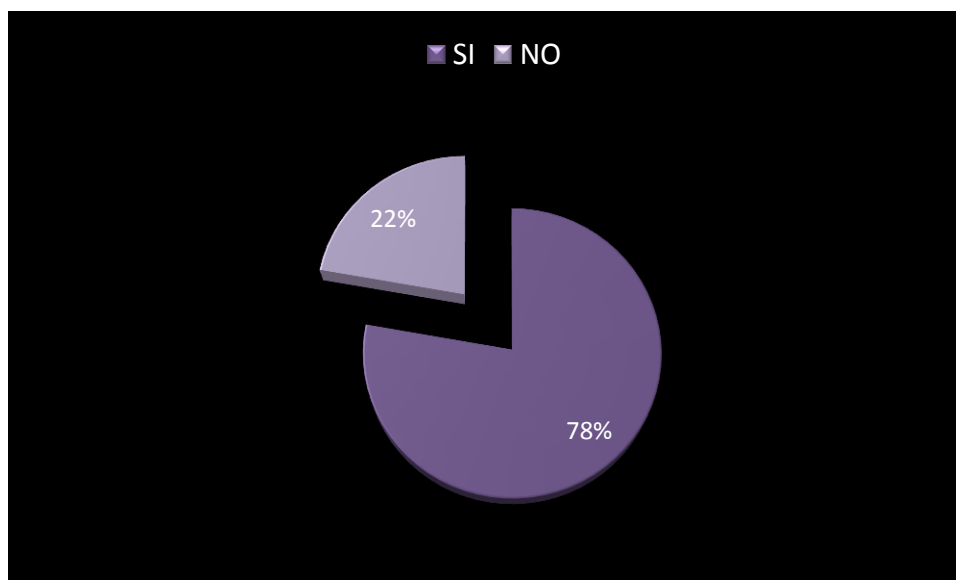
Realizado por: Carolina Serrano

Un alto número de pacientes (78%) dijo sentir que puede realizar sus AVD sin problema una vez terminado el tratamiento. Este resultado es reflejo de la persistencia de

las pacientes. El tratamiento de fortalecimiento de la MSP no termina en el consultorio, los ejercicios en el domicilio deben ser realizados constantemente para notar una mejoría en los síntomas.

El 78% hizo referencia sobre su mejoría y comodidad para realizar sus AVD diciendo que los dolores lumbares han disminuido, esto se da porque mientras más fuertes se encuentran los músculos del SP, el sostén de los órganos intra pélvicos va a ser mayor y no va a haber un sobreesfuerzo de la musculatura lumbar.

Gráfico 12: Sentimiento de seguridad de la paciente al finalizar el tratamiento



Fuente: Fichas de evaluación realizadas en el Centro KineSanté

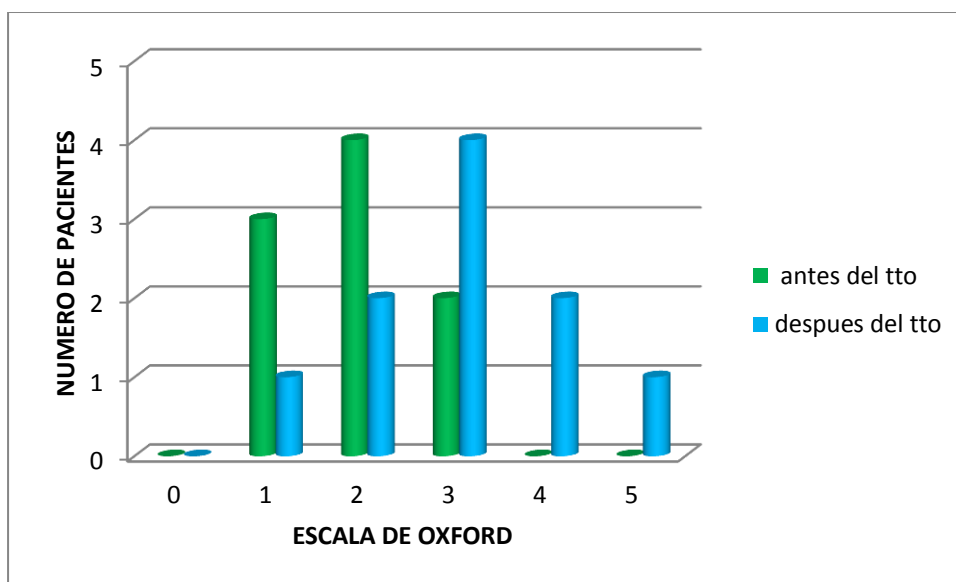
Realizado por: Carolina Serrano

La duración del tratamiento de cada paciente variara en relación al tiempo de finalización. Los resultados se verán a partir de la quinta o sexta sesión. Además, como se ha manifestado anteriormente, la reeducación del suelo pélvico no termina en el consultorio con la fisioterapeuta. Los ejercicios asignados para el domicilio, son de gran importancia ya que mantienen activo al suelo pélvico y lo siguen fortaleciendo. Por lo

tanto, las pacientes que asistan a las sesiones de manera regular y que cumplan con los ejercicios en casa, verán resultados positivos.

En el estudio realizado en el Centro KinéSanté el 78% de las pacientes se sienten más seguras realizando las AVD, en su vida social, personal y sexual, tras terminar el tratamiento. Hay un pequeño porcentaje (22%) que dice no sentirse más seguras en estos aspectos tras terminar el tratamiento.

Grafico 13: Comparación de resultados de evaluación de la Escala modificada de Oxford antes del tratamiento y después del tratamiento fisioterapéutico



Fuente: Valoración de la Escala modificada de Oxford

Realizado por: Carolina Serrano Guzmán

La exploración palpatoria aporta al fisioterapeuta una información de gran relevancia acerca del estado de la musculatura y articulaciones de la pelvis, así como de la estática de los órganos de la pelvis. Mediante la palpación valoraremos el tono de la musculatura perineal, las paredes posterior y anterior de la vagina y la uretra.

En la bibliografía se describen algunos métodos de valoración de la fuerza muscular, para este estudio se ha tomado en cuenta la Escala modificada de Oxford

(Anexo 3) ya que la evaluación es mucho más específica y nos brinda datos sobre las características de la contracción y su influencia en las paredes musculares.

Al realizar el cuadro comparativo, se puede observar que el cambio en la fuerza muscular es notorio. De las 9 pacientes evaluadas al inicio del tratamiento, 3 obtuvieron puntuación de 1/5 en la escala de Oxford, 4 obtuvieron 2/5 y 2 obtuvieron 3/5; haciendo notar que la musculatura de las pacientes se encontraba débil en su mayoría por los factores mencionados anteriormente.

Una vez finalizadas las sesiones, se procede nuevamente a evaluar la musculatura pélvica, y se observa que de las 9 pacientes, 1 paciente no mejoro su puntuación previa por lo tanto se mantuvo en 1/5, 2 obtienen puntuación de 2/5, 4 pacientes consiguen 3/5 y 2 pacientes alcanzan la puntuación de 4/5.

3.2 Conclusiones

Tras la recolección de datos realizada en el Centro KinéSanté, se pudo analizar variables que daban una clara idea de cuáles son las causas de IUE así como también de la afectación psicosocial de las mujeres que la padecen.

En el transcurso de la investigación, se encontró pacientes que en la primera sesión presentaban leucorrea (una paciente), IVU (una paciente) y Vaginismo (dos pacientes). Las pacientes que presentaron leucorrea e IVU, fueron remitidas al especialista para tratar primeramente las molestias de estas patologías y luego poder continuar con el EMSP. Con las pacientes que presentaron vaginismo, las sesiones se alargaron de 12 a 18, ya que en las 3 primeras sesiones se debe lograr una relajación de la musculatura para que se pueda proceder al tratamiento, además, el vaginismo, compromete parte de la psiquis de la paciente. Por lo tanto, la paciente debe sentirse cómoda al momento de la evaluación y en el transcurso de la terapia. El momento en que la paciente, se siente relajada mentalmente, se puede proceder a realizar la terapia manual. Al conversar con las dos pacientes, ambas presentaron este problema por miedo al dolor de la penetración, pero después de 3 sesiones de entablar una relación de confianza, se logró proceder de manera mucho más fácil a la relajación muscular perineal.

La IUE es una patología frecuente y con gran impacto biopsicosocial, las mujeres que padecen IUE ven limitada su vida de manera significativa. Después de obtener los resultados, se puede concluir que las 9 pacientes presentan pérdida de orina tras realizar algún esfuerzo. De estas pacientes, más del 65% vieron mejoría tras finalizar el tratamiento, ya sea en las AVD o en la cantidad de orina que pierden.

Además, la fuerza muscular perineal aumento tras finalizar la terapia manual de suelo pélvico, consiguiendo puntuaciones de 3/5 y 4/5, y por consiguiente la continencia urinaria cuando se desencadena un aumento de presión intraabdominal.

Estos resultados corroboran la hipótesis de que las técnicas manuales son efectivas como tratamiento inicial para la IUE, además de ser un tratamiento conservador, no invasivo proporcionan a la paciente seguridad para tomarlo en cuenta como primera elección.

Lo ideal es que el mantenimiento del tratamiento se prolongue después de terminadas las sesiones en el consultorio, de tal forma que los resultados se vean después de meses de concluidas las sesiones y que las contracciones de la musculatura del suelo pélvico sean automáticas.

El trabajo en equipo y multidisciplinario es esencial para poder culminar el tratamiento de forma efectiva. La incontinencia al ser una patología que afecta diferentes aspectos de la vida de quien la padece, debe ser intervenida no solo por el fisioterapeuta y el médico, sino también por psicólogos y sexólogos, en caso de que amerite.

La utilidad de las técnicas manuales para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo, será más eficaz mientras más pronto se detecte los síntomas asociados a esta patología. Mucho dependerá de la capacidad de aceptación y apertura que tenga la paciente para tomar la decisión de consultar con un especialista.

La aplicación de otros métodos como la electroestimulación y el biofeedback son igualmente efectivos y podrían potenciar los resultados combinándolos con la terapia manual.

3.3 Recomendaciones

La incontinencia urinaria de esfuerzo supone un deterioro significativo de la calidad de vida. Además de ser un problema común en el sexo femenino, también es un tema del que poco se habla. Es fundamental que campañas de prevención se difundan en centros y subcentros de salud, así como en establecimientos de educación como colegios y universidades.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador debería incluir al entrenamiento muscular de suelo pélvico como parte del protocolo preparto y posparto de todos los hospitales, centros y subcentros de salud, ya que a pesar de no siempre presentarse los síntomas en mujeres jóvenes, si se podría evitar un debilitamiento de la musculatura cuando se toma estas precauciones antes del embarazo y después del parto.

Además se recomienda a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a la Escuela de Enfermería y carrera de Terapia Física, que incluya como parte de la formación del Fisioterapeuta, cátedras o charlas sobre rehabilitación Uroginecológica.

Sería interesante que se abra un postgrado en el país sobre Rehabilitación Uroginecológica, así se puede prevenir a futuro la IUE y todo tipo de IU. Además, que este tema sea de conocimiento público, y que no se piense que la cirugía es el único medio al que se puede recurrir cuando este problema aparece.

Se recomienda también, que en los centros donde se cuenta con este tipo de rehabilitación, incluya como parte de su equipo a psicólogo y/o sexólogo, para que el manejo del paciente sea integral y holístico, sin olvidar los aspectos personales y sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, L. B. (10 de Abril de 2010). ***La Jornada, Incontinencia urinaria, padecimiento oculto***. Recuperado el 29 de Septiembre de 2013, de <http://www.jornada.unam.mx/2010/04/08/ls-lacontra.html>
2. Ardila, R. (1 de Febrero de 2003). ***Redalyc***. Recuperado el 20 de Noviembre de 2013, de Revista latinoamericana de Psicología: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
3. Baggish M, Karram M. (2009). ***Atlas de anatomía de la pelvis y cirugía ginecológica***. Buenos Aires: Ed. Panamericana
4. Bajo, J. (2009). ***Bases de la Uroginecología. Diagnóstico y Tratamiento de la Incontinencia de Orina. Fundamentos de Ginecología***. España: Ed. Panamericana
5. Berghmans, B. (1 de Febrero de 2006). ***Actas Urológicas Españolas***. Recuperado el 4 de Octubre de 2013, de El papel del Fisioterapeuta pélvico: <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v30n2/v30n2a02.pdf>
6. Berrocal J, Hernández C. ***Incontinencia Urinaria Femenina***. Consultado: 02/01/13. Disponible en: <http://www.urologiacolombiana.com/guias/005.pdf>
7. Boyle R, Hay-Smith E, Jean C, Cody D, Mørkved S. (2008). ***Pelvic Floor Muscle Training For Prevention and Treatment of Urinary and Faecal Incontinence in Antenatal and Postnatal Women***. Cochrane Database of Systematic Reviews. Consultado: 11/10/2012. Disponible en: [Http://Cochrane.Bvsalud.Org/Cochrane/Main.Php?Lib=COC&Searchexp=Incontinencia%20and%20urinaria%20and%20y%20and%20fisioterapia&Lang=Es](http://Cochrane.Bvsalud.Org/Cochrane/Main.Php?Lib=COC&Searchexp=Incontinencia%20and%20urinaria%20and%20y%20and%20fisioterapia&Lang=Es)
8. Cerrillo J. ***Cuestionarios de calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria***. Consultado: 26/12/2012. Disponible en: <http://jrcvrs.webcindario.com/>

9. Cornella J, (2004) **Management of Stress Urinary Incontinence**. Consultado: 20/11/2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472874/>
10. Cuthbert S, Rosner A. (2011) **Conservative chiropractic management of urinary incontinence using applied kinesiology: a retrospective case-series report**. Consultado: 06/01/2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315873/>
11. Davila W. (2011) **Nonsurgical Outpatient Therapies for the Management of Female Stress Urinary Incontinence: Long-Term Effectiveness and Durability**. Consultado: 28/12/2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3124122/>
12. Denis, L. (2004). **Continenence Promotion: Prevention, Education and Organization**. Monaco.
13. Diario El Universal. (13 de Marzo de 2011). **El Universal**. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/vida-sana/incontinencia-cause-escape-de-orina-en-relaciones-sexuales-14109>
14. Espuña, M. (Marzo de 2010). **Estudio Evolution de Sego- Ausonia**. Recuperado el 25 de Mayo de 2013, Disponible en: http://www.observatoriosaludintima.es/estudio2/estudioevolutiondesego_ausonia.pdf
15. Friedman B. (2012) **Conservative treatment for female stress urinary incontinence: simple, reasonable and safe**. 20/11/2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289701/>

16. García M, Et Al. (2005) **Reeducación Del Suelo Pélvico**. 04/01/2013. Disponible En: www.Dialnet.Unirioja.Es/Descarga/Articulo/3099456.Pdf
17. Gorbea-Chávez V, Navarro-Salomón K, Escobar del Barco L, Rodríguez-Colorado S. (2011) **Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres embarazadas que reciben atención prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes**. Consultado: 08/12/2012. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2011/FEMEGO%20SEPTIEMBRE%202011/Femego%209.5%20PREVALENCIA.pdf>
18. Grosse D, Sengler J. (2001) Reeducación Del Periné. **Fisioterapia En Las Incontinencias Urinarias**. Masson. España.
19. Ha Na Lee, et al. (2012) **Pelvic floor muscle training using an extracorporeal biofeedback device for female stress urinary incontinence**. Consultado: 03/01/2013. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-012-1943-4>
20. Harwardt T, F. B. (15 de Junio de 2003). **Revista Chilena de Urología**. Recuperado el 18 de Septiembre de 2013, de http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubasignaturas/medicina/m/metodologiadelainvestigacionclinica/site/artic/20070709/asocfile/incontinencia_urinaria.pdf
21. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. (2008) **Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres**. Consultado: 10/11/2012. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005654>
22. Hay-Smith J, et. al. (2008) **Entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres**

antes y después del parto. Consultado: 28/11/2012. Disponible en:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=2875409&DocumentID=CD007471>

23. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. (2003) **Conos Vaginales Pesados Para La Incontinencia Urinaria.** Consultado: 20/11/2012. Disponible En: <Http://Cochrane.Bvsalud.Org/Cochrane/Main.Php?Lib=BCP&Searchexp=Conos%20and%20vaginales&Lang=Es>

24. Herderschee R, et. al (2011) **Retroalimentación (feedback) o biorretroalimentación (biofeedback) para aumentar el entrenamiento muscular del piso pelviano en la incontinencia urinaria de la mujer.** Consultado: 26/12/2012. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=2875409&DocumentID=CD009252> International Urogynecology Journal

25. Herderschee, R., Hay-Smith, J. C., Herbison, P., Roovers, J. P., & Heineman, M. J. (13 de Mayo de 2010). **La Biblioteca Cochrane Plus, Retroalimentación (feedback) o biorretroalimentación (biofeedback) para aumentar el entrenamiento muscular del piso pelviano en la incontinencia urinaria de la mujer.** Recuperado el 13 de Diciembre de 2012, de <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=2875409&DocumentID=CD009252>

26. Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Granada. (21 de Noviembre de 2013). **Estudio valida utilidad prescripción enfermera para control gasto de farmacia.** Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de <http://www.cofgranada.com/paginas/noticia.asp?idNoticia=4729>

27. Kashanian M, Ali SS, Nazemi M, Bahasadri S. (2011) **Evaluation of the effect of pelvic floor muscle training (PFMT or Kegel exercise) and assisted pelvic floor**

muscle training (APFMT) by a resistance device (Kegelmaster device) on the urinary incontinence in women: a randomized trial. Consultado: 20/11/2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21741151>

28. Kioskea . (01 de Diciembre de 2013). **Kioskea.net**. Recuperado el 6 de Diciembre de 2013, de <http://salud.kioskea.net/faq/3893-incontinencia-urinaria-y-relaciones-sexuales>
29. Lang – Reeves I, Villinger T. (2002) **Ejercicios Pélvicos. Entrenamiento Para Conseguir Más Energía**. Edimat Libros. España.
30. Leroy, L. d., & Lopes, M. H. (1 de Mayo de 2012). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Recuperado el 5 de Noviembre de 2013, de La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000200018&script=sci_arttext&tlng=es
31. Mac Millan G, et al. (2003) **Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en la mujer. Contribución a la comprensión de su patogenia y tratamiento**. Consultado: 20/01/2013. Disponible en: <http://www.urologosdechile.cl/pdf.php?id=90>
32. Magaña, M. V., Ramos, G. A., & Valero, R. Á. (15 de Enero de 2007). **Medigraphic Artemira, Incontinencia urinaria en mujeres Distrito Federal**. Recuperado el 15 de Septiembre de 2013, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2007/bc071c.pdf>
33. Magon N, Kalra B, Malik S, and Chauhan M. (2011) **Stress urinary incontinence: What, when, why, and then what?** Consultado: 20/12/2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3296387/>

34. Mazariegos, S. T. (2013). *Revista Médica de Costa Rica y Centro América LXX*.
Obtenido de **Diagnóstico y abordaje de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la Atención Primaria**: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132s.pdf>
35. Milhem J, Muniz R, Wanderley B; Simões M; Chada Baracat E. (2011) ***Vaginal Cone Use In Passive And Active Phases In Patients With Stress Urinary Incontinence***.
Consultado: 20/12/2012. Disponible En:
HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1807-59322011000500013&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN
36. Myoung Sung Sook, J. Y. (2000 йил 12-Febrero). *Yonsei Medical Journal*. Retrieved 2012 йил 21-October from FES Biofeedback versus intensive Pelvic Floor Muscle Exercise for the Prevention and treatment of Genuine Stress Incontinence: <http://www.jkms.org/Synapse/Data/PDFData/0063JKMS/jkms-15-303.pdf>
37. Obregón L, Saunero A. (2009). ***Disfunción del piso pélvico: epidemiología***. Revista Obstétrica Ginecológica. 18/12/2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n3/art05.pdf>
38. Outeiriño, J. P., Pérez, A. R., Duarte, A. V., & Navarro, S. M. (1 de Julio de 2007). ***Actas Urológicas Españolas: Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico***. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v31n7/v31n7a04.pdf>
39. Parezanović-Ilić K, et. Al (2011) *Physical therapy in the treatment of stress urinary incontinence*. 10/11/2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22069999>
40. Pereira Vs, De Melo Mv, Correia Gn (2013) ***Long-Term Effects Of Pelvic Floor Muscle Training With Vaginal Cone In Post-Menopausal Women With Urinary***

Incontinence: A Randomized Controlled Trial. Consultado: 02/02/2013. Disponible
En: [Http://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/22674639](http://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/22674639)

41. Phizer. (03 de Mayo de 2012). ***Más de 100 expertos en incontinencia urinaria se reúnen para mejorar la asistencia sanitaria de estos pacientes.*** Recuperado el 5 de Noviembre de 2013, de https://www.pfizer.es/noticia/mas_100_expertos_incontinencia_urinaria_se_reunen_mejorar_asistencia_sanitaria_estos_pacientes.html
42. Ramage-Morin PL, G. H. (16 de Octubre de 2013). *PUBMED*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2013, de ***Urinary incontinence and loneliness in Canadian seniors:*** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24259124>
43. Rexach Cano L, Verdejo Bravo C. (1999) ***Incontinencia urinaria.*** Vol. 23—N.º 6-1999. 18/01/2013. Disponible en: <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/incontinencia.pdf>
44. Rosa, M. J. (30 de Agosto de 2004). ***Aspectos Psicológicos de la Incontinencia Urinaria.*** Recuperado el 23 de Noviembre de 2013, de http://www.incontinenciaurinaria.com/frontend/incontinenciaurinaria/noticia.php?id_noticia=604&PHPSESSID=0090395f218ba5c80fae04fbd2af8a9b
45. Ruiz, E. S., Domènech, M. S., & Espuña, M. (25 de Octubre de 2006). ***Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y parto.*** Recuperado el 4/07/2012, de http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/incontinencia_embarazo_pcsns_aatrm2010.pdf

46. Salgueiro E, Salvatierra E, Calderón N. (2005) ***Incontinencia Urinaria***. Revista Pacea de Medicina Familiar. 15/11/2012. Disponible en: http://www.mflapaz.com/Revista_2_pdf/9%20incontinencia%20urinaria.pdf
47. Sánchez Ruiz E, Solans Domènech M, Espuña M (2006) ***Estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto***. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. 15/12/2012. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/AEC000087.pdf>
48. Schröder, A., Abrams, P., Andersson, K.-E., Artiban, W., Chapple, C., Drake, M., y otros. (2009). ***European Association of Urology 2010: Guía Clínica sobre la incontinencia urinaria***. Obtenido de <http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/11-%20GUIA%20CLINICA%20SOBRE%20LA%20INCONTINENCIA%20URINARIA.pdf>
49. Torre Lozano EJ, M. M. (1 de Febrero de 2003). ***Características de la población que precisa el uso de accesorios para la incontinencia urinaria en un Centro de Salud Urbano***. Recuperado el 24 de Noviembre de 2013, de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n1/015-022.pdf>
50. Wein, A. J., Kavoussi, L. R., Novick, A. C., & Partin, A. W. (2008). *Campbell-Walsh Urologia*. Buenos Aires: Panamericana.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer (Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000)

Puntuación final:

INCONTINENCIA URINARIA = PERDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA

Repercusión LIGERA - MODERADA sobre su calidad de vida = 0-14 PUNTOS

Repercusión INTENSA sobre su calidad de vida = 15-28 PUNTOS

1. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA EN REPOSO, ACOSTADA O SENTADA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

2. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS TOSE, ESTORNUDA O SE RÍE?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

3. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS HACE ESFUERZOS, EJERCICIOS AERÓBICOS O CON MULTIFUERZA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

4. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS REALIZA SU ACTIVIDAD SEXUAL?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

5. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA RELACIONADA CON MOMENTOS DE URGENCIA URINARIA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

6. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA CON LA VEJIGA LLENA O INCLUSIVE CON LA VEJIGA CON POCA ORINA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

7. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA REPERCUTE NEGATIVAMENTE EN SU ACTIVIDAD SEXUAL?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

8. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA LA HA LIMITADO EN SU VIDA SOCIAL (RECREACIÓN, REUNIONES)?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

9. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA LA HA LIMITADO Y AFECTADO NEGATIVAMENTE EN SU TRABAJO?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

10. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA LA HA CONVERTIDO EN UNA PERSONA SOLITARIA Y APARTADA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

11. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA HA PROVOCADO EN USTED CRISIS DEPRESIVAS O DE ANGUSTIA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

12. ¿NECESITA USTED USAR PAÑALES O TOALLAS DIARIAMENTE POR SU INCONTINENCIA URINARIA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

13. ¿CREE USTED QUE LA INCONTINENCIA URINARIA TIENE TRATAMIENTO?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

14. ¿SE SOMETERÍA USTED A ALGUNA MODALIDAD DE TRATAMIENTO PARA MEJORAR Y/O CURAR SU INCONTINENCIA URINARIA?

- a) Nunca = 0 puntos.
- b) A veces = 1 punto.
- c) Siempre = 2 puntos.

ANEXO 2

Cuestionario modificado de impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer

NOMBRE:

SECTOR DE RESIDENCIA:

EDAD:

TELÉFONO:

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN:

1. CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO?

0 1 2 3 +3

3. CUANTOS PARTOS NORMALES HA TENIDO?

0 1 2 3 +4

4. CUANTAS CESÁREAS HA TENIDO?

0 1 2 3 +4

5. CUANDO REALIZA ALGÚN ESFUERZO (TOSER, REÍR, ESTORNUDAR), SE LE VA LA ORINA?

SI NO

6. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS HACE ESFUERZOS, EJERCICIOS, AERÓBICOS O MULTIFUERZA?

Nunca A veces Siempre

7. ¿PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA MIENTRAS REALIZA SU ACTIVIDAD SEXUAL?

Nunca

A veces

Siempre

8. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA REPERCUTE NEGATIVAMENTE EN SU ACTIVIDAD SEXUAL?

SI

NO

9. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA LA HA LIMITADO EN SU VIDA SOCIAL (RECREACIÓN, REUNIONES)?

SI

NO

10. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA LA HA LIMITADO Y AFECTADO NEGATIVAMENTE EN SU TRABAJO?

SI

NO

11. ¿LA INCONTINENCIA URINARIA HA PROVOCADO EN UD. INSEGURIDAD Y FRUSTRACIÓN?

Nunca

A veces

Siempre

12. ¿NECESITA UD. USAR ROPA INTERIOR ABSORBENTE DIARIAMENTE POR SU INCONTINENCIA URINARIA?

SI

NO

ANEXO 3

Escala de valoración modificada de Oxford para la musculatura del suelo pélvico

<i>Grado</i>	<i>Respuesta muscular</i>
0	Ninguna
1	Parpadeos. Movimientos temblorosos de la musculatura
2	Débil. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares
3	Moderado. Aumento de presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior
4	Bien. Los dedos del examinador son apretados firmemente; elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada
5	Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima
Laycock, 1992. <i>Fisioterapia. 2004;26:266</i>	

ANEXO 4

Examen físico de evaluación ginecológica según Dominique Grosse

EXAMEN FÍSICO

- Cicatrices _____
- Distancia anovulvar (mm): _____
- Apertura vaginal: 0 ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐
- Troficidad: 0 ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐
- Tonicidad del núcleo fibroso central del periné:
normotónico ☐ hipertónico ☐ hipotónico ☐
- Tonicidad del esfínter anal estriado:
normotónico ☐ hipertónico ☐ hipotónico ☐
- Visualización de una fuga urinaria en:
 - ~ posición ginecológica sí ☐ no ☐
 - ~ prolapso corregido sí ☐ no ☐
 - ~ posición de pie sí ☐ no ☐
- Maniobra de Bonney: + ☐ - ☐

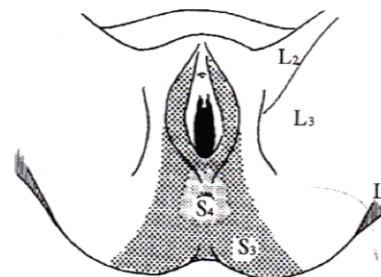


FIG. 4-3. Dermatomas.

-